



Institut für Rehabilitationswissenschaften

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades doctor philosophiae

Frühgeburt: Elterlicher Bedarf an professioneller Unterstützung während des Klinikaufenthalts

eingereicht von Frau Dörthe Machul, Diplom-Psychologin

Philosophische Fakultät IV

Präsident: Herr Prof. Dr. Dr. h.c. C. Marksches

Dekanin: Frau Prof. Dr. W. Gieseke

Gutachter:

1. Herr Prof. Dr. E. von Kardorff
2. Herr PD Dr. J. Reichert
3. Herr Prof. Dr. B. Ahrbeck

eingereicht: 8. Juli 2008

Datum der Promotion: 27. Oktober 2008

Abstract (deutsch)

Eltern zu früh geborener Kinder erhalten in neonatologischen Kliniken heute vielfältige Unterstützungsangebote. Vertreter verschiedener Berufsgruppen informieren, beraten und begleiten die Eltern während des stationären Aufenthalts und zum Teil darüber hinaus. Elternorientierte Unterstützungskonzepte für einen Bedarf zu entwerfen, der theoretisch und empirisch begründet werden kann und sowohl interdisziplinär kommunizierbar ist als auch in Beziehung zu den von den Eltern selbst geäußerten Bedürfnissen steht, ist eine aktuelle Herausforderung.

Studien zum elterlichen Bedarf beziehen sich bislang meist auf nur eine der relevanten Perspektiven und/oder nicht auf die hier fokussierte Untersuchungsgruppe, lassen jedoch eine Vielfalt möglicher Bedarfsarten erkennen. Der elterliche Unterstützungsbedarf bei Frühgeburt wurde daher im Rahmen eines explorativ und multiperspektivisch angelegten Forschungsprojekts mit dem Ziel einer fallübergreifenden Bedarfsanalyse untersucht.

Bedarfsbezogene Selbst- und Fremdeinschätzungen während des Klinikaufenthalts der Kinder wurden innerhalb eines qualitativen Studiendesigns mittels leitfadengestützter Interviews erfasst. Datenerhebung und -auswertung fanden in mehreren, flexibel aufeinander bezogenen Phasen statt. Anhand der Gesprächsprotokolle erfolgte eine materialgestützte Kategorienbildung. Geeignete Auswertungskategorien wurden für eine nachfolgende qualitative Bedarfsbeschreibung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Wahrnehmungsperspektiven herangezogen.

Fallübergreifende Erkenntnisse zum Bedarf sind für die weitere Ausarbeitung professioneller "Elternbetreuungskonzepte" dringend erforderlich. Klar strukturierte und begründete Konzepte stecken den professionellen Handlungsrahmen ab, können Hinweise auf notwendige Kompetenzen des Klinikpersonals geben und sind ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung professioneller Routinehandlungen.

Frühgeburt

Neonatologie

Elternarbeit

Unterstützungsbedarf

Abstract (english)

Today parents of preterm infants receive various forms of support in neonatal (intensive) care units. Health care providers inform, advise and accompany parents while their infants are hospitalized and beyond. The development of parent centered support concepts which have a strong theoretical as well as an empirical foundation constitutes a challenge, since such concepts have to be communicated across disciplines and also meet the needs of parents.

Research on parents' needs has often focused on one perspective only and/or not on this specific sample group. Even so, a variety of needs types can be identified. In this study, an exploratory and multi-perspective investigation was designed and conducted to examine the support needs of parents of preterm infants as perceived by parents themselves and by professional health care providers.

In order to investigate and identify parents' support needs during their infants' hospitalization time a qualitative approach was chosen (guided interviews). Data was collected and analyzed in repeated, flexible interrelated phases. The transcribed interviews were used to analyze inherent ideas and to generate codes. Proven categories of analysis were used for the qualitative description of parents' needs while different perspectives were considered.

Research findings about parental needs which can be generalized are increasingly necessary for future development of professional parent-support concepts. Highly structured und well-justified concepts may outline the scope of professional responsibility and competencies and thus contribute to high-quality professional health care in neonatology.

preterm birth

neonatology

parent centered support

support needs

Vorwort

"Dass sie einfach ganz normale Dinge hören wollen, dass es eben gut geht, dass es sich bewegt hat, dass es schön geschlafen hat, dass es nicht so oft alarmiert hat, die Eltern wollen einfach Eltern sein. Also so ist das, das Gefühl habe ich, und ich versuche dann auch, das auch umzusetzen."

In dieser Studie wird der Bedarf von Eltern zu früh geborener Kinder an professioneller Unterstützung während des Klinikaufenthaltes untersucht. Aspekte der Bedarfsdeckung und der elterlichen Zufriedenheit stehen nicht im Zentrum; der Unterstützungsbedarf wird auch nicht auf Unterstützungsangebote oder -leistungen einzelner Berufsgruppen bezogen.

Die Publikation kann für Leser und Leserinnen mit unterschiedlichem Hintergrund aufschlussreich sein. Zu nennen wären beispielsweise mit theoretischen und empirischen Grundlagen der Angehörigen- und/oder Bedarfsforschung befasste Personen. Die erfolgte Systematisierung verschiedener Aspekte des Bedarfskonzepts erleichtert es, inhaltliche Verbindungen zwischen den Ergebnissen bedarfsbezogener Studien zu erkennen und diese in einen gemeinsamen Rahmen einzuordnen. Da in der vorliegenden Schrift neben bedarfsbezogenen unter anderem auch stress-, ressourcen-, bewältigungs- und handlungstheoretische Konzepte in ihrer Erklärungskraft für das untersuchte Praxisfeld beleuchtet werden, bietet diese Schrift auch Diskussionsmaterial für an komplexeren Theoriebezügen Interessierte.

Zu nennen sind weiterhin Vertreter im neonatologischen Praxisfeld tätiger Berufsgruppen, in deren täglicher Arbeit mit den Eltern früh- und risikogeborener Kinder familiäre Unterstützungswünsche eine zentrale Rolle spielen. Auch mit Elternarbeit in anderen Praxisfeldern befasste Professionen können vielfältige Anknüpfungspunkte für fachbezogene Diskussionen finden.

Nicht zuletzt stellen die Ausführungen auch für Eltern zu früh geborener Kinder verschiedene Reflexionsmöglichkeiten eigenen Erlebens zur Verfügung.

Diese Studie entstand aus Anregungen, welche sich im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Entwicklungsrehabilitation zu früh geborener Kinder" in Berlin ergaben. An dieser Stelle möchte ich allen Interviewpartner(inne)n für ihr Interesse und ihre Auskunftsbereitschaft danken. Weiterhin danke ich Frau Raudszus für ihre Unterstützung bei der Transkription der Gesprächsdateien. Schließlich möchte ich auch meiner Familie für ihre Geduld während der langen Zeit danken, welche ich statt mit ihr mit der Fertigstellung dieser Publikation verbrachte.

Frühgeburt:

Elterlicher Bedarf an professioneller

Unterstützung während des Klinikaufenthalts

Inhaltsverzeichnis

Abstract (deutsch)	I
Abstract (english)	II
Vorwort	III
Überblick	4
Teil 1	
1. Einführung	6
2. Begriffsbestimmungen	8
2.1 Frühgeburt	9
2.2 Neonatologie	10
2.3 Belastung	11
2.3.1 Stressoren	11
2.3.2 Stressreaktionen (emotional response)	12
2.4 Ressourcen	15
2.4.1 Quellen/Herkunft	15
2.4.2 Art	15
2.4.3 Funktion und Bewertung	16
2.5 Bewältigung	17
2.5.1 Formen	17
2.5.2 Funktionen	18
2.5.3 Sozialer Bezug	18
2.5.4 Zeitbezug	19
2.5.5 Bewertung	19
2.6 Unterstützung	20
2.7 Bedarf (Need)	25
2.7.1 NEED: Bedarf und Bedürfnis	25
2.7.2 Aspekte des Bedarfskonzepts (Übersicht)	33
2.7.3 Ziele von Bedarfsanalysen	34
2.7.4 Kriterien und Methoden zur Bedarfsbestimmung	36
3. Forschungsstand	40
3.1 Einführung	41
3.2 Unterstützungsbedarf in der Neonatologie	45
3.2.1 Selbstbeurteilung	45
3.2.2 Fremdbeurteilung	47
3.2.3 Perspektivenvergleich (Selbst- vs. Fremdbeurteilung)	48
3.3 Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs	51
3.3.1 Personelle Faktoren / Perspektive	51
3.3.2 Kindbezogene und situative Faktoren	54
3.4 Methoden zur fachlichen Bedarfsbestimmung	57
4. Ziele und Fragestellung dieser Studie	59
4.1 Ziele der Studie	59
4.2 Fragestellung der Studie	60
5. Zusammenfassung und Überleitung	61

Teil 2

6. Untersuchungsmethodik	63
6.1 Methodenwahl	63
6.2 Durchführung	67
6.2.1 Datenerhebung	67
6.2.2 Datenauswertung	74
7. Forschungsbefunde	89
7.1 Vorüberlegungen	90
7.1.1 Selektionen	90
7.1.2 Sequenzialität	91
7.2 Qualitative Bedarfsbeschreibung - Überblick	93
7.2.1 Bedarfsarten	93
7.2.2 Thematischer Vergleich	94
7.2.3 Diskussion	97
7.2.4 Weiteres Vorgehen	98
7.3 Qualitative Bedarfsbeschreibung - Beispiele	99
7.3.1 Orientierung	99
7.3.2 Information	101
7.3.3 Kontakt	104
7.3.4 Entlastung	106
7.3.5 Akzeptanz	107
7.3.6 Motivation	109
7.3.7 Kompetenz	111
7.3.8 Kontinuität	113
7.3.9 Verantwortung	115
7.3.10 Vertrauen / Sicherheit	115
7.3.11 Vorbereitung	118
7.3.12 Zeit / Ruhe	119
7.4 Begründungen des Bedarfs	121
7.4.1 Sequenziell-hierarchische Bedarfsbeschreibung	121
7.4.2 Bedarfsbegründungen	122
7.5 Prozessmodell der Bedarfsfeststellung	124
7.5.1 Beschreibungen des aktuellen Zustands (TP 1)	125
7.5.2 Bewertungen des aktuellen Zustands (TP 2)	134
7.5.3 Retrospektive Kausalbeschreibungen (TP 3)	147
7.5.4 Retrospektive Kausalbewertungen (TP 4)	152
7.5.5 Prospektive Beschreibungen (TP 5)	158
7.5.6 Prospektive Bewertungen und Entscheidung (TP 6)	166
7.6 Bedarfsbegründungen - Diskussion	196
7.6.1 Überblick	196
7.6.2 Fachliche Begründungen	196
7.6.3 Elterliche Begründungen	199
7.6.4 Bedarfsbegründungen (perspektivenübergreifend)	200
7.7 Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs - Diskussion	203
7.7.1 Personelle Faktoren / Perspektive	203
7.7.2 Kindbezogene und situative Faktoren	207
7.8 Quantitative Bedarfsbeschreibung	210
8. Zusammenfassung	211
8.1 Vorarbeiten	211
8.2 Beantwortung der Forschungsfrage	212
8.2.1 Qualitative Bedarfsbeschreibung	212
8.2.2 Bedarfsbegründungen	213
8.2.3 Abhängigkeit	213
8.3 Erreichung der Zielstellungen	214
9. Gütediskussion und Ausblick	215
9.1 Transparenz	217
9.2 Indikation des Forschungsprozesses	218

9.3 Empirische Verankerung.....	218
9.4 Limitation.....	219
9.5 Kohärenz	220
9.6 Relevanz.....	221
9.6.1 Theorierelevanz.....	221
9.6.2 Praxisrelevanz	222
9.7 Reflexion eigener Subjektivität.....	224
9.8 Ausblick	227
Literaturverzeichnis.....	232
Anhang	249

Überblick

Im Folgenden werden die Inhalte dieser Schrift in überblicksartiger Form vorgestellt. Die Publikation besteht aus zwei Teilen.

Der erste Teil der Arbeit umfasst die Kapitel 1 bis 5 und dient zunächst der thematischen Einführung. Im ersten Kapitel wird das Untersuchungsfeld umrissen sowie hinsichtlich offener Fragestellungen beleuchtet. Der erste Teil der Publikation enthält weiterhin eine Erläuterung der für das Verständnis der Thematik zentralen Begrifflichkeiten (Kapitel 2). Besondere Beachtung erfährt dabei der Bedarfsbegriff. Es werden verschiedene Bedarfskonzepte vorgestellt sowie hinsichtlich ihrer inhaltlichen Bedeutungen expliziert. Möglichkeiten und generelle Zielstellungen von Bedarfsanalysen werden hier ebenfalls erörtert.

Im Anschluss (Kapitel 3) folgt ein Überblick über das Spektrum bereits zum Forschungsgegenstand existierender Studien. Ergebnisse und Grenzen vorliegender Untersuchungen werden unter inhaltlichem und methodischem Aspekt kritisch beleuchtet. Ausgehend von den im zweiten und dritten Kapitel erfolgten Vorüberlegungen werden Notwendigkeit, Zielstellungen und untersuchungsleitende Forschungsfragen zum elterlichen Unterstützungsbedarf im vierten Kapitel präzisiert. Der erste Teil schließt mit einer Zusammenfassung ab.

Der zweite Teil der Publikation besteht aus den Kapiteln 6 bis 9 und beinhaltet die Beschreibung und Diskussion der durchgeführten empirischen Untersuchung. Er wird mit methodologischen und methodischen Ausführungen eröffnet, die zur Transparenz des spiralförmigen Forschungsprozesses beitragen sollen (Kapitel 6). Hier wird zum Beispiel detailliert erörtert, wie unter Bezugnahme auf kodifizierte Verfahren aus dem erhobenen Datenmaterial beschreibende Kategorien erstellt und in einem komplexen Kategoriensystem zusammengeführt wurden.

Einen breiten Raum nimmt die Darstellung der Untersuchungsergebnisse im siebenten Kapitel ein. Die gewonnenen Erkenntnisse werden - nach Perspektiven und inhaltlich relevanten Aspekten untergliedert - in deskriptiver Weise vorgestellt, durch eine Vielzahl von Abbildungen und Tabellen veranschaulicht sowie durch Anlagen im Anhang ergänzt. Unterschiedliche Abstraktionsniveaus ermöglichen es, die Ergebnisse nicht nur in Bezug auf den aktuellen Forschungsstand, sondern auch unter Bezugnahme auf theoretisches Grundlagenwissen detailliert zu diskutieren.

Das achte und neunte Kapitel stehen in engem Zusammenhang. Im achten Kapitel wird in zusammenfassender Form beurteilt, inwieweit es gelang, die zum Untersuchungsgegenstand gestellten Fragen zu beantworten und die eingangs gesetzten Ziele zu erreichen. Eine Argumentation zur Güte der vorgelegten Studienergebnisse anhand für qualitative Studien angemessener Kriterien wird im neunten und zugleich letzten Kapitel geführt. Hier werden die Studienergebnisse insbesondere im Hinblick auf ihre Güte, ihre Aussagekraft und ihren Nutzen für verschiedene Anwendungsfelder kritisch diskutiert.

Auch der Einfluss der Subjektivität der Forscherin wird thematisiert. Diese Ausführungen enthalten zudem einige zentrale Schlussfolgerungen. Den Abschluss der Schrift bildet ein Ausblick, um weiterführende Überlegungen zu formulieren, offene Fragen zu benennen und Anregungen für künftige Forschungsprojekte zu geben.

Der Publikation sind ein Abbildungsverzeichnis, ein Tabellenverzeichnis, ein Literaturverzeichnis und ein Anhang beigelegt.

Teil 1

1. Einführung

Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland fast sieben Prozent aller Kinder mit einem Gewicht unter 2.500 Gramm geboren¹. Meist kommen diese Kinder vor der 37. Schwangerschaftswoche als Frühgeborene auf die Welt, weisen zum Zeitpunkt ihrer Geburt noch viele Anzeichen von Unreife auf und werden postnatal stationär, oft auch intensivmedizinisch versorgt. Die professionelle Behandlung und Pflege dieser Kinder erfolgt durch in neonatologischen Versorgungseinrichtungen tätige Berufsgruppen. Diese beraten, begleiten und unterstützen auch die Eltern Frühgeborener während des Klinikaufenthaltes und zum Teil darüber hinaus (Brisch et al. 1997).

Die vorliegende Schrift bezieht sich auf die professionelle Elternbetreuung und -unterstützung während der stationären Versorgung unreif geborener Kinder und ist daher dem Bereich professioneller Elternarbeit zuzuordnen. Zur Begründung angebotener Unterstützungsleistungen verweisen Professionelle auf einen zugrunde liegenden elterlichen Unterstützungsbedarf (z.B. Christ-Steckhan 2005: 29). Dem Sozialgesetzbuch V (§ 70) entsprechend haben Leistungserbringer eine "bedarfsgerechte" Versorgung zu gewährleisten (vgl. Schwartz 2001).

Was aber wissen wir eigentlich über diesen Bedarf? Was wissen wir über die Bedürfnisse von Eltern, deren Kinder sich in neonatologischer Behandlung befinden? Diesen Fragen wird in der hier vorgestellten Untersuchung gezielt nachgegangen.

In einschlägigen Fachpublikationen finden sich verschiedene Aussagen zur elterlichen Situation bei Frühgeburt, in deren Zentrum vor allem die Themen Belastung, Bewältigung sowie Unterstützungsangebote stehen (z.B. Vonderlin 1999). Auch einige Angaben zum elterlichen Unterstützungsbedarf lassen sich - zum Teil indirekt - erschließen. Die angeführten Beschreibungen und Begründungen für den Unterstützungsbedarf werden in unterschiedlich hohem Ausmaß auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse bezogen; oft wird auch auf - der jeweiligen professionellen Praxis entstammendes - Erfahrungswissen verwiesen. Nach eingehender Literaturanalyse, deren Ergebnisse vorwiegend im ersten Teil dieser Schrift zusammengefasst wurden, ist festzuhalten, dass sowohl die konzeptuell-theoretische als auch die empirische Grundlage bedarfsbezogener Aussagen unübersichtlich erscheint. Systematische Analysen und Deskriptionen elterlichen Unterstützungsbedarfs im Untersuchungsfeld fehlen bislang im deutschen Sprachraum.

¹ Auskunft des Statistischen Bundesamtes 2008

Die Notwendigkeit von Bedarfsanalysen kann sowohl in allgemeiner Form als auch speziell für das hier fokussierte Feld begründet werden. Fundierte Kenntnisse über den Unterstützungsbedarf sind unter anderem für die fachliche Kommunikation und Reflexion sowie für die Konzeptualisierung elternorientierter Unterstützungsangebote nötig. Detaillierte Begründungen werden im Abschnitt 2.7.3 aufgeführt.

Um den elterlichen Unterstützungsbedarf beschreiben und erklären zu können, wurde in der vorliegenden Studie eine qualitative Bedarfsanalyse durchgeführt. Der erste Entwurf für die untersuchungsleitende Fragestellung lautete:

- Wie ist der elterliche Unterstützungsbedarf zu beschreiben und zu erklären?

Eine Präzisierung der Ziele dieser Untersuchung sowie die im Verlauf des Forschungsprozesses konkretisierte Fragestellung finden sich im vierten Kapitel. Zuvor sollen jedoch die für die Darstellung und das Verständnis der Thematik notwendige Terminologie, die theoretischen Grundlagen und der aktuelle Forschungsstand vorgestellt werden.

2. Begriffsbestimmungen

Glaser und Strauss empfehlen, "die Literatur über Theorie und Tatbestände des untersuchten Feldes zunächst buchstäblich zu ignorieren" (1998: 47). Um die untersuchungsleitende Fragestellung eingrenzen zu können, welche wiederum die grundlegende Orientierung für notwendige Selektionsprozesse bot, erschien es jedoch sinnvoll, die zur Beschreibung des Untersuchungsfelds in der Fachdiskussion genutzten Konzepte zumindest zur Kenntnis zu nehmen.

Die vorliegende Untersuchung entstand in einem zirkulären (präziser wäre: spiralförmigen) Forschungsprozess. Die in diesem Kapitel vorgestellten konzeptuellen Klärungen entstammen teilweise den Vorarbeiten für die empirische Untersuchung, da sie sowohl für die Datenerhebungen als auch für die Datenauswertungen benötigt wurden. Jedoch wurden bei Weitem nicht alle hier aufgeführten Inhalte tatsächlich bereits vor Beginn der empirischen Untersuchung zusammengetragen. Vielmehr wurde die eingangs mit sondierender Absicht gesichtete Fachliteratur im Verlauf der Untersuchung zunehmend gezielter nach spezifischen Auswahlkriterien analysiert.

In diesem Kapitel werden nun die Ergebnisse der den Forschungsprozess eröffnenden, begleitenden und abschließenden Literaturanalyse in kompakter Form zusammengestellt und jene Begriffe genauer erörtert, welche für das Verständnis der Thematik zentral und unabdingbar schienen. An zusätzlichen Details interessierte Leser erhalten darüber hinaus Hinweise auf weiterführende Literatur. Folgende Begriffe werden in der hier angegebenen Reihenfolge aufgeführt:

- 2.1. Frühgeburt
- 2.2. Neonatologie
- 2.3. Belastung
- 2.4. Ressourcen
- 2.5. Bewältigung
- 2.6. Unterstützung
- 2.7. Bedarf

Der für die Untersuchung zentrale Begriff "Bedarf" wird zuletzt behandelt, um ihn wesentlich ausführlicher als die anderen Begriffe erläutern zu können.

2.1 Frühgeburt

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich etwa sieben Prozent aller Kinder zu früh - das heißt nach WHO-Definition vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche - geboren. Frühgeborene werden in der Bundesstatistik über ihr Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm) erfasst; im Jahr 2006 waren dies fast 46.000 Kinder. Die zu verzeichnende steigende Tendenz zu früher Geburten - in den letzten zehn Jahren etwa ein Prozentpunkt - führen Friese und Mitarbeiter unter anderem auf das zunehmende Alter der Mütter bei Erstgeburt zurück. Auch die steigende Zahl erfolgreicher Kinderwunschbehandlungen wirke sich über eine deutlich erhöhte Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften auf diese Frühgeburtenzahl aus (Friese et al. 2003: 478). Als maßgebliche Ursachen für vorzeitige Geburten werden verschiedene Erkrankungen, Ernährungsdefizite und soziale Probleme der Mütter genannt. Neben elterlichen können aber auch kindliche Faktoren zu einer verfrühten Geburt beitragen; oft handelt es sich um ein Zusammenspiel somatischer, psychischer und sozialer Faktoren (Leinmüller 2001, Friese et al. 2003, Frank et al. 2005).

Frühgeborene werden nach ihrer Geburt meist über Wochen oder Monate stationär versorgt. Verbesserungen in der perinatalen Versorgung haben in den letzten Jahrzehnten zu einem deutlichen Anstieg der Überlebenschancen zu früh geborener Kinder geführt (Rollett 2002, Wolke 2005, Frank et al. 2005). Dennoch zieht die zum Geburtszeitpunkt bestehende biologische Unreife sowohl akute medizinische Risiken² als auch ein erhöhtes Risiko für die weitere kindliche Entwicklung nach sich (Sarimski 2000). Vor allem infolge sehr früher Geburten treten häufiger als bei reif geborenen Kindern Entwicklungsauffälligkeiten, -verzögerungen oder auch dauerhafte Funktionsbeeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen auf (Wolke/Meyer 2000). Einen Überblick über Befunde zu Unterschieden in der Hirnentwicklung geben beispielsweise Counsell und Boardman (2005). Unterschiede in der kognitiven Entwicklung wurden in unzähligen Untersuchungen belegt (z.B. Davis 2003, Caravale et al. 2005, Bayless/Stevenson 2007).

Der individuelle Entwicklungsverlauf wird jedoch nicht nur durch biologische, sondern auch durch psychosoziale Faktoren beeinflusst. Der familiäre Kontext und insbesondere die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung sind dabei von entscheidender Bedeutung (Laucht et al. 1998). Rollett stellt zusammenfassend fest, dass die weitere kindliche Entwicklung durch die erhaltene Förderung und diese wiederum durch die Bildung beziehungsweise den sozioökonomischen Status der Eltern bestimmt wird (2002: 736).

² Aufgrund der Fragilität der zerebralen Blutgefäße treten beispielsweise gehäuft intrazerebrale Blutungen auf; eine aufgrund der unreifen Lungenfunktion erforderliche längere Beatmungsdauer erhöht die Gefahr einer Bronchopulmonalen Dysplasie (Sarimski 2000).

2.2 Neonatologie

Die mit Früh- und Neugeborenen befasste medizinische Fachdisziplin ist die Neonatologie als Teildisziplin der Pädiatrie. "Die medizinische Versorgung ist Teil des Gesamtsystems sozialer Hilfeleistungen." (Niehoff 1995: 222). Frieße und Mitarbeiter schätzen die jährlichen Kosten für die stationäre Versorgung Frühgeborener in Deutschland auf eine Summe von etwa 750 Millionen Euro und weisen darauf hin, dass die zusätzlichen "Life-time-Kosten" noch wesentlich höher zu veranschlagen sind (2003: 478f).

Die medizinische Versorgung zu früh geborener Kinder findet in neonatologischen Einrichtungen mit unterschiedlichem Spezialisierungsgrad und Leistungsangebot statt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Einer Studie von Bartels und Kollegen (2006) zufolge besteht vor allem für vor der 29. Schwangerschaftswoche geborene Kinder in kleineren neonatologischen Kliniken eine - gegenüber der Versorgung in Perinatalzentren - erhöhte neonatale Mortalitätsrate. Stationen, auf welchen eine intensivmedizinische neonatologische Versorgung erfolgt, werden in englischsprachigen Publikationen als "neonatal intensive care unit (NICU)" bezeichnet (Bialoskurski et al. 2002).

Die professionelle Behandlung und Pflege der unreif geborenen Kinder wird von den in neonatologischen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen, vor allem also von Neonatologen und Kinderkrankenschwestern, geleistet. Auch die "zu früh entbundenen" Eltern werden von diesen zunehmend - zum Teil auch poststationär - beraten, begleitet und unterstützt (Brisch et al. 1997, Christ-Steckhan 2005). Diese komplexe multiprofessionelle Tätigkeit erfordert eine effektive interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation (Sarimski 2000: 51ff).

Die Situation der Eltern zu früh geborener Kinder wird in der Fachliteratur anhand mehrerer Themenbereiche beschrieben. Vielfach findet sich der Hinweis darauf, dass sowohl der Umstand der zu frühen Geburt als auch der nachfolgende Klinikaufenthalt als Stressoren zu verstehen sind, welche zu einer - im Vergleich zu den Eltern reif geborener Kinder - erhöhten elterlichen Belastung beitragen. Zu dieser Thematik existiert eine Vielzahl von Untersuchungen, welche im Folgenden überblicksartig zusammengefasst wird.

2.3 Belastung

In Fachpublikationen wird das elterliche Erleben und Verhalten bei Frühgeburt anhand verschiedener Beschreibungsmodelle diskutiert. Ausgehend von allgemeinen Modellen wurden frühgeburtsspezifische Belastungsmodelle entwickelt; einen Überblick geben zum Beispiel Vonderlin (1999) und Jotzo (2004). Die elterliche Belastung durch den "Übergang zur Elternschaft" wird eher mit entwicklungspsychologischen, die situative elterliche Belastung eher mit stresstheoretischen Ansätzen erklärt. Als allgemeines Modell wird insbesondere die von der Arbeitsgruppe um Lazarus erarbeitete (kognitiv-)transaktionale Stresstheorie herangezogen (vgl. Vonderlin 1999: 25ff, Lau/Morse 2001). Stress bezieht sich demnach auf "Anforderungen, die in der Einschätzung der betroffenen Person interne oder externe Ressourcen auf die Probe stellen oder überschreiten." (Lazarus 1995: 213). Als über individuelle Bezüge hinausführende Perspektiven wurden sowohl paar- und familienbezogene stresstheoretische Ansätze (Bodenmann 2000; Schneewind 1999) als auch die Theorie der Ressourcenerhaltung entwickelt (Hobfoll/Buchwald 2004; vgl. Knoll et al. 2005: 103ff). Vonderlin hält letztgenannte Theorie jedoch für wenig geeignet, um das elterliche Erleben bei Frühgeburt zu verstehen, "da in diesem Fall 'Verlust' weniger eine Rolle zu spielen scheint als in anderen Stresssituationen, in denen sich Familien befinden [...]" (1999: 27). In englischsprachigen stresstheoretischen Publikationen wird meist zwischen 'stressors' und 'emotional distress' unterschieden; eine präzisere Verwendung des Belastungsbegriffs würde daher zur Bezeichnung "belastungsbedingte Beanspruchung" führen.

2.3.1 Stressoren

Eine Frühgeburt kann als 'kritisches Lebensereignis', als "raumzeitliche, punktuelle Verdichtung eines Geschehensablaufs" mit einem relativen Ungleichgewicht beziehungsweise einer Bedrohung des bislang aufgebauten Person-Umwelt-Passungsgefüges (Filipp 1995: 24) betrachtet werden. Diese Ereignisse sind nonnormativer Natur, treten "außerhalb der durch die biologische und/oder soziale Uhr definierten Zeiträume" ein und sind kaum vorhersehbar. Sie bringen deutliche Lebensveränderungen mit sich, sind durch Zielblockade und geringe Beeinflussbarkeit charakterisiert und werden unter affektiver Reaktion erlebt (Filipp 2002). So wird auch in den Arbeiten von Gloger-Tippelt zum Übergang zur Elternschaft im Falle einer zu frühen Geburt die fehlende oder nicht abgeschlossene Vorbereitung der Eltern auf dieses Lebensereignis thematisiert (vgl. Vonderlin 1999: 19ff). Sarimski schreibt hierzu: "Das frühgeborene Kind kommt zur Welt in einer Zeit, in der sich die werdende Mutter mit ihrem Kind eins fühlt und noch nicht psychologisch auf die Ablösung vorbereitet ist, die mit der Geburt einhergeht." (2000: 57). Die Eltern seien nach der zu frühen Geburt mit einem sehr kleinen und unreifen Kind konfrontiert, welches ihren Vorstellungen und Phantasien ("Alete-Baby") in keiner Weise entspreche. Zudem müssten unvorbereitete Eltern mit vielen Anforderungen zurechtkommen und könnten daher möglicherweise weniger mit dem Kind interagieren und dessen Entwicklung folglich weniger unterstützen (Wittenberg 1990).

Literaturanalysen zu den für Eltern kranker Neugeborener relevanten Stressoren wurden von Hopper (2000) und zu den Stressoren auf pädiatrischen Intensivtherapiestationen von Aldridge (2005) vorgelegt. Als größten Stressor für Eltern Frühgeborener in dem hier untersuchten Feld nennt McGrath unter Verweis auf eine Studie von Miles und Kollegen (1991) den Umstand, dass Eltern auf der Station nicht in der Lage seien, ihre elterliche Rolle zu übernehmen (2001: 79). In einer Studie von Hughes und McCollum (1994) beurteilten die befragten Eltern den kindlichen Gesundheitszustand sowie die notwendige Trennung vom Kind als bedeutsamste Stressoren. Bialoskurski und Kollegen (2002: 63) führen als Stressoren unter anderem asymmetrische Kommunikation mit dem Klinikpersonal, widersprüchliche Informationen und Anweisungen sowie Differenzen zwischen erklärten Stationsregeln und tatsächlicher Praxis auf. Eine Literaturanalyse von Heermann und Kollegen (2005) ergab als weitere Stressoren das Erscheinungsbild des Kindes und die Geräuschkulisse.

Erhebungen relevanter Stressoren wurden beispielsweise mit dem Fragebogen "Parental Stressor Scale: NICU" (Miles/Funk o.J.; vgl. Sarimski 2000: 61, 77) durchgeführt. Dieser Bogen umfasst vier Skalen, welche den Anblick und die Geräusche auf der Station, das Verhalten und das Erscheinungsbild des Kindes, die Beziehung zum Personal und die Veränderung der Elternrolle beschreiben. Reid und Bramwell (2003) halten den Fragebogen für überarbeitungsbedürftig und betonen, dass die Auswirkungen von Stressoren zeitabhängig variieren können.

2.3.2 Stressreaktionen (emotional response)

2.3.2.1 Qualitative Beschreibung

Auf die mit der vorzeitigen Geburt im Zusammenhang stehenden Umstände reagieren Eltern mit einem breiten, nur teilweise beobachtbaren Verhaltensspektrum. Dies wird in Fachpublikationen mit einer Begriffsvielfalt beschrieben, wie die folgende exemplarische Aufzählung zeigt (vgl. Sarimski 2000: 61ff):

Angst, Erschrecken, Unruhe, Sorge um das Kind, Ohnmacht / Hilflosigkeit, Versagen, Insuffizienz- und Überforderungserleben, Schlaflosigkeit, anhaltendes Weinen, Gefühl der völligen Kraftlosigkeit, körperliche und mimische Starre, Beschimpfungen / Beschuldigungen des Klinikpersonals, Verlustgefühl, Niedergeschlagenheit, Trauer, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Enttäuschung, Wut, Verleugnung, Neid ...

Elterliche (Stress-)Reaktionen erweisen sich darüber hinaus als wechselhaft und werden nicht selten als Krisenreaktionen beschrieben, welche bei unzureichender Bewältigung zu psychischen Störungen führen können. Einen psychotraumatologischen Ansatz vertreten beispielsweise Holditch-Davis und Kollegen (2003), Jotzo (2004), Kersting und Kollegen (2004), Shaw und Kollegen (2006) sowie Callahan und Borja (2008). Holditch-Davis und Kollegen (2003) stellten in Interviews mit Müttern intensivmedizinisch versorgter Frühgeborener sechs Monate nach dem errechneten Geburtstermin mehrere posttraumatische Stresssymptome fest. Studien zur elterlichen Belastung wurden auch von Affleck

und Kollegen (1991), Singer und Kollegen (1999), Spear und Kollegen (2002) und vielen weiteren Autoren vorgelegt.

2.3.2.2 Quantitative Beschreibung

Während jedes Erlebnis einer Geburt mit einem gewissen Maß an elterlicher Belastung verbunden sein kann, zeigen empirische Befunde, dass das Erlebnis einer Früh- oder Risikogeburt sowie die nachfolgende Versorgung auf einer neonatologischen (Intensivtherapie-)Station zu einer vergleichsweise erhöhten emotionalen Beanspruchung der Eltern führt. Sarimski (2000) diskutiert einige Studien zu diesem Thema (z.B. Hunziker/Largo 1986, Thompson et al. 1993, Meyer et al. 1995). Sowohl Thompson und Kollegen (1993) als auch Meyer und Kollegen (1995) untersuchten die emotionale Belastung von Müttern wenige Wochen nach einer Frühgeburt und stellten fest, dass etwa ein Drittel der Mütter sehr unreif geborener Kinder als hoch belastet einzuschätzen sei. Auch Vonderlin (1999) stellte deutlich erhöhte Belastungen - insbesondere bei sehr geringem Geburtsgewicht - fest. Dass das Belastungsausmaß in jüngeren Studien jedoch geringer als in älteren Untersuchungen ausfällt, führt Vonderlin auf verbesserte medizinische Versorgungsstrukturen sowie inzwischen vorhandene Unterstützungsangebote zurück. In einer nichtrepräsentativen Untersuchung stellte Jotzo fest, dass mehr als drei Viertel der Mütter und fast ein Viertel der Väter frühgeborener Kinder im ersten Monat nach der Frühgeburt "die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Traumatisierung durch die Frühgeburt" zeigten (2004: 81). Ein Jahr nach der Geburt betraf dies noch immer knapp 50% der Mütter und etwa 25% der Väter. Die Stärke mütterlicher Depression erwies sich als Prädiktor für eine ungünstigere Entwicklung von Kindern mit sehr geringem Geburtsgewicht (Singer et al. 1999: 799).

2.3.2.3 Zeitverlauf

Unterschiede in der emotionalen Belastung zwischen den Müttern früh und reif geborener Kinder zeigen sich im Gruppenvergleich als eher kurzfristig (Singer et al. 1999). Bei einem Stichprobenvergleich von 447 Eltern (NICU) mit 189 Eltern termingerecht geborener Kinder ohne NICU-Aufenthalt (jeweils Mütter und Väter) wurde in Neuseeland neun Monate nach der Geburt keine erhöhte Belastung mehr festgestellt (Carter et al. 2007). Untereinander unterscheiden sich Mütter Frühgeborener hinsichtlich der Belastung jedoch deutlich (Affleck/Tennen 1991). In einer retrospektiven Befragung gaben 70 Prozent der Eltern Frühgeborener an, ihre Partnerschaft sei durch die Krise gestärkt worden (Sarimski 2000: 75).

2.3.2.4 Abhängigkeit

Als ausschlaggebend für Ausmaß und Dauer frühgeburtsbedingten Stresserlebens werden elterliche Bewältigungsformen (Affleck et al. 1991) und das Gesundheitsrisiko des Kindes (Singer et al. 1999) genannt. "Risikogruppe für eine langfristige traumatische Wirkung der Frühgeburt sind Mütter mit vermehrten Dissoziationen bei der Geburt sowie von Kindern mit niedrigem Gestationsalter / Geburtsgewicht und medizinischen Komplikationen." (Jotzo 2001). Die elterliche Stressbelastung zeigt zudem

eine Geschlechtsabhängigkeit; die mütterliche erweist sich in mehreren Studien als höher als die väterliche Belastung (z.B. Affleck et al. 1991, Lahner/Hayslip 2003, Jotzo 2001). Im Hinblick auf die Abhängigkeit elterlichen Befindens von der Bedarfsdeckung stellte McKim fest, dass Differenzen zwischen gewünschten und erhaltenen Leistungen mit erhöhter Ängstlichkeit und verminderter Selbstsicherheit in Bezug auf den Umgang mit dem Kind korrelierten (1993: 239). Im Gegenzug wäre anzunehmen, dass eine Bedarfsdeckung mit erhöhter elterlicher Zufriedenheit einherginge. Conner und Nelson stellten 1999 eine kritische Sichtung von Erfassungsinstrumenten für die elterliche Zufriedenheit vor. Ward weist auf die besondere Rolle elterlicher Bedürfnisse bei der Entstehung von Belastungen hin: "If a need precedes a stressor, then identifying needs may avert the occurrence of a stressor. Unmet parental needs may precipitate stress and cause a crisis situation." (2001: 281).

2.4 Ressourcen

Auch der Begriff "Ressourcen" ist ein stresstheoretisch fundierter Begriff. Insbesondere in der Theorie der Ressourcenerhaltung wird die Bedeutung von Ressourcen als Schlüsselfaktoren für Wahrnehmung und Bewertung stresshafter Ereignisse und deren Bewältigung hervorgehoben (Hobfoll/Buchwald 2004: 12f). Dieser Theorie zufolge streben Menschen danach, vorhandene Ressourcen zu erhalten und zusätzliche Ressourcen zu erwerben. Ressourcen werden im Hinblick auf verschiedene Aspekte beschrieben.

2.4.1 Quellen/Herkunft

Lazarus unterscheidet zwischen persönlichen und sozialen Ressourcen (1995: 214; vgl. Schröder/Schwarzer 1997). Im Zusammenhang mit der Erweiterung des Stressmodells auf den familiären Kontext nennt Schneewind (1999: 102f) individuelle Ressourcen, interne Ressourcen des Familiensystems und familienexterne soziale Unterstützungssysteme.

- Zu den individuellen Ressourcen zählen beispielsweise gesundheitliches Wohlergehen, das Bildungsniveau sowie bestimmte Persönlichkeitsdispositionen, wie ein hohes Selbstwertgefühl und stark ausgeprägte Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen.
- Familieninterne Ressourcen lassen sich unter anderem über Merkmale des familiären Zusammenhalts und über familiäre Kommunikations- und Problemlösungsfertigkeiten beurteilen. In dem hier betrachteten Feld könnten diese Ressourcen beispielsweise in Form sozialer Unterstützung von Seiten der Familie, insbesondere vom Partner und den (Schwieger-)Eltern bestehen.
- Familienexterne (soziale) Unterstützungssysteme schließlich umfassen sowohl professionelle als auch nichtprofessionelle Unterstützung und lassen sich in weitere Unterformen aufgliedern. Diese werden im Abschnitt 2.6 vorgestellt.

Zur Verbindung zwischen individuellen und sozialen Ressourcen diskutierte Röhrle einige Ansätze (1994: 129ff). Hierzu zählt beispielsweise die Annahme, dass externe Ressourcen - in Form sozialer Unterstützung - die motivationale Lage stabilisieren oder den Informationsstand erweitern können. Bodenmann stellte ein "Kaskaden-Modell" zur Reihenfolge der Ressourcennutzung auf und nannte die Inanspruchnahme professioneller Hilfe an letzter Stelle (2000: 75ff).

2.4.2 Art

Ressourcen werden weiterhin nach ihrer Art unterteilt. Hobfoll unterscheidet zwischen Objektressourcen, Bedingungsressourcen, persönlichen Ressourcen und Energieressourcen (Hobfoll/Buchwald 2004: 13f; vgl. auch Knoll et al. 2005: 103).

Tabelle 1: Klassifikation von Ressourcen (nach Hobfoll)

Art	Beschreibung	Beispiele
Objekt-ressourcen	Physische Objekte, die bewertet werden und u.a. mit dem sozioökonomischen Status einer Person verbunden sind.	Kleidung, Auto, Haus, Schmuck und weitere Wertsachen, Nahrungsmittel, ...
Bedingungs-ressourcen	Nichtmaterielle Dinge, die wertgeschätzt werden, weil sie den Zugang zu anderen Ressourcen eröffnen oder Ressourcen miteinander verbinden.	Familienstand, Alter, Gesundheit, berufliche Position, Staatsbürgerschaft, Wahlrecht...
Persönliche Ressourcen	Fähigkeiten und Eigenschaften von Personen, die die Stressresistenz beeinflussen.	berufsbedingte oder soziale Kompetenzen, Selbstwirksamkeit, Optimismus...
Energie-ressourcen	Beurteilung erfolgt nach der Möglichkeit des Einsatzes für den Erwerb weiterer Ressourcen.	Zeit, Geld, Wissen

2.4.3 Funktion und Bewertung

Ressourcen werden aufgrund ihrer Funktion zur Bewältigung auch als Bewältigungsressourcen bezeichnet (Schröder/Schwarzer 1997) sowie hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und Wirkung bewertet (vgl. Tabelle 1). Ressourcenbezogene Bewertungen fallen nach Lazarus unter den Begriff "sekundäre Einschätzungen", beinhalten "eine Fülle komplexer Einschätzungsprozesse" und beeinflussen "die Entscheidung für ein bestimmtes Bewältigungsverhalten" (1995: 214). Je höher Eltern Frühgeborener ihre vorhandenen Ressourcen in einer Studie von Vonderlin einschätzten, desto geringer fiel ihre negative Befindlichkeit aus. Als hoch beurteilte Ressourcen korrelierten mit "Suche nach Information und Erfahrungsaustausch", als gering beurteilte Ressourcen mit "Rumination" (1999: 180f).

2.5 Bewältigung

Auch Bewältigung und Coping sind mit den Stresstheorien verbundene Konzepte und beziehen sich "generell auf den Prozess der Handhabung externer und interner Anforderungen, die vom Individuum als die eigenen Ressourcen beanspruchend oder übersteigend bewertet werden" (Knoll et al. 2005: 105, unter Verweis auf Lazarus/Folkman). Weber schreibt, dass die Verwendung des Begriffs "Bewältigung" in deutschsprachigen Texten im Vergleich zum Begriff "Coping" keinen Bedeutungsverlust nach sich ziehe (1997: 7). Der Grad an Bewusstheit wird jedoch unterschiedlich aufgefasst; Veiel und Ihle verstehen Coping beispielsweise als bewusste, zielgerichtete Handlung (1993: 57). Bewältigungstheorien sind in dispositionelle und aktuelle Ansätze unterscheidbar (Knoll et al. 2005: 106f, unter Verweis auf Krohne). Bewältigung wird unter anderem nach Formen und Funktionen sowie sozialen und zeitlichen Bezügen klassifiziert und zudem bewertet.

2.5.1 Formen

Einheitliche Taxonomien oder theoretisch fundierte Klassifikationen von Bewältigungsformen gibt es kaum (Weber 1997, Greve 1997a, Knoll et al. 2005: 121). Auf höherem Abstraktionsniveau unterscheiden Veiel und Ihle (1993: 60f) kognitive und aktionale Strategien. Im multiaxialen Copingmodell (Hobfoll/Buchwald 2004) werden die drei Achsen aktiv-passiv, prosozial-antisozial und direkt-indirekt genannt. Lazarus unterscheidet und beschreibt insgesamt vier Bewältigungsformen: Informationssuche, direkte Aktion, Aktionshemmung und intrapsychische Prozesse (1995: 218). Weber nennt "problemlöseorientiertes Verhalten (aktional und kognitiv), Suche nach sozialer Unterstützung, positive Umdeutungen, defensiv-abwehrende Formen, evasiv-eskapistische Formen, Selbstmitleid, Selbstabwertung und Formen des Emotionsausdrucks." (1992: 19; zit. nach Hampel et al. 2001: 22). Für einen knappen Eindruck zur empirischen Erfassung verschiedener Bewältigungsformen seien die im "Ways of Coping Questionnaire" aufgeführten acht Bewältigungsstrategien und die im "Stressverarbeitungsfragebogen" SVF 120 erfassten zwanzig Stressverarbeitungsweisen genannt (vgl. Knoll et al. 2005: 116):

Tabelle 2: Bewältigungsformen

"Ways of Coping Questionnaire" (WOCQ, Folkman/Lazarus 1988)
Konfrontative Bewältigung, Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Verantwortung übernehmen, Flucht-Vermeidung, Planvolles Problemlösen, Positive Neubewertung.
"Stressverarbeitungsfragebogen" (SVF 120, Janke et al. 2002)
Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Entspannung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung, Aggression, Pharmakaeinnahme.

Affleck und Kollegen (1991: 78ff) fanden durch retrospektive Befragung (WOCC, Lazarus/Folkman 1984) folgende Verteilung mütterlicher Bewältigungsstrategien: "Seeking meaning" (26%), "Mobilizing support" (26%), "Escaping" (20%), "Minimizing" (14%) und "Taking instrumental action" (14%). Hughes und Kollegen (1994) stellten "Communication" und "Seeking social support" als vorrangig bei Müttern und Vätern fest (vgl. Seideman et al. 1997: 171). Vonderlin (1999: 105ff) untersuchte die elterliche Bewältigung bei Frühgeburt anhand eines dreidimensionalen Modells zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung³. "Suche nach Information und Erfahrungsaustausch" war die am häufigsten genannte Copingstrategie (1999: 178). Eine Methode elterlicher Krisenbewältigung im Kontext neonatologischer (intensivmedizinischer) Versorgung ist auch nach McKim (1993: 234) die Informationssuche. Wie Eltern frögeborener Kinder Informationen sammeln, wurde unter anderem von Brazy und Mitarbeitern (2001) beschrieben. Die besondere Rolle der Kinderkrankenschwestern für die elterliche Informationsgewinnung wurde von Kowalski und Kollegen (2006) unterstrichen.

2.5.2 Funktionen

Den einflussreichen Arbeiten von Lazarus und Folkman entsprechend wird Bewältigung oft in instrumentelle oder problemzentrierte (problem-focused) und palliative oder emotionszentrierte (emotion-focused) Formen unterteilt (Klauer 1997: 100f, Wentura et al. 2002: 106f). Parallelen zu kontrolltheoretischen Konzepten (Rothbaum et al. 1982) sind zwar erkennbar: "Primäre Kontrolle ist auf die Veränderung der Situation gerichtet, sekundäre Kontrolle auf die Veränderung der Person, ihres Selbstkonzeptes und ihrer Situationsdeutung, um an die Situation zu adaptieren." (Wentura et al. 2002: 109); Greve (1997a) weist aber auf deren Grenzen hin. Brandtstädter und Kollegen unterscheiden in ihrem Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation assimilative und akkomodative Prozesse und fügen diesen immunisierende Prozesse beziehungsweise Mechanismen hinzu (Rothermund/ Brandtstädter 1997; Greve 1997a; Knoll et al. 2005: 113f).

2.5.3 Sozialer Bezug

Die Suche nach beziehungsweise Mobilisierung von sozialer Unterstützung wird gelegentlich als Coping-Modus (Veiel/Ihle 1993: 55) oder Bewältigungsform (Klauer 1997: 100f) aufgefasst. Klauer (1997) trennt individuelle und kollektive Bewältigungsformen, Wentura und Mitarbeiter (2002) unterteilen personenbezogene Theorien und interpersonale Konzepte. Letztere könnten aufgrund ihrer Verbindung zum Konzept "Soziale Unterstützung" (vgl. Abschnitt 2.6) für die hier fokussierte Thematik aufschlussreich sein. Zu ihnen gehört beispielsweise die Forschung zum dyadischen Coping (z.B. Bodenmann 2000; vgl. auch Kienle et al. 2006: 112ff).

³ "Trierer Skalen zur Erfassung der Krankheitsbewältigung"

2.5.4 Zeitbezug

Klauer kritisiert eine Stagnation der prozessorientierten Bewältigungsforschung und weist zugleich auf methodische und methodologische Grenzen der empirischen Überprüfbarkeit des von Lazarus und Kollegen vorgelegten Prozessmodells hin (1997: 93). Diwald unterteilt das Bewältigungsgeschehen in chronologisch gegliederte Komponenten und benennt als dritte von vier Komponenten die Einschätzung der bedrohenden Situation (1991: 99). Hinsichtlich der zeitlichen Perspektive unterscheidet Schwarzer zwischen reaktiver, antizipatorischer, präventiver und proaktiver Bewältigung (Knoll et al. 2005: 119f). Frühe Arbeiten zur phasenhaften "Bewältigung der Frühgeburt" diskutierte Bölder (1984: 64ff).

2.5.5 Bewertung

Bewältigungsformen werden auch anhand ihrer Effektivität oder Effizienz bewertet (Weber 1997: 14; Wentura et al. 2002: 102). Hierfür werden uneinheitliche Kriterien, meist jedoch das Wohlbefinden herangezogen (Knoll et al. 2005). Weber kritisiert, dass soziale Bewertungen "angemessener Bewältigung" in vielen Forschungskontexten nicht berücksichtigt werden (1997: 14f).

Auch im neonatologischen Praxisfeld wurden Bewältigungsformen hinsichtlich ihrer Wirkung auf das elterliche Befinden untersucht. Affleck und Kollegen (1991: 79ff) zufolge korrelierten "minimizing" mit positiverer Stimmung und "escaping" mit negativerer Stimmung zum Entlassungszeitpunkt. Die Autoren Thompson und Mitarbeiter (1993) sowie Meyer und Mitarbeiter (1995) fanden in ihren Studien ebenfalls, dass die Neigung zu vermeidenden Bewältigungsstrategien sich negativ auf das Befinden auswirkte. Im Ergebnis einer retrospektiven Befragung konstatierte Sarimski (1996), dass die aktive Auseinandersetzung mit der Erinnerung an die traumatische Erfahrung und die erlebte soziale Unterstützung eine günstige Auswirkung auf den subjektiven Belastungsgrad haben. Die psychische Belastung war noch zwei Jahre nach dem Ereignis umso höher, je mehr die Mütter die Erinnerungen verdrängten oder leugneten und je mehr sie ein Gefühl sozialer Isolierung von Familie und Freunden angaben. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch Vonderlin (1999). Spear und Kollegen (2002) stellten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Copingstrategien und elterlichem Stresserleben fest. Jotzo (2004) zufolge korrelierten die Copingstrategien "Flucht", "Minimieren", "Selbstbeschuldigung" und "Sozialer Aufwärtsvergleich" mit negativerem, "sozialer Abwärtsvergleich" dagegen mit positiverem elterlichen Befinden. Shields und Mitarbeiter unterstrichen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, elterliche Unterstützungsbedürfnisse zu decken: "parents' coping mechanisms were well served if their needs were met" (2004: 10).

2.6 Unterstützung

"Unterstützung" als Teil des Konzepts "Unterstützungsbedarf" steht in Verbindung zum Begriff "Soziale Unterstützung" und damit auch zum "Sozialen Netzwerk". Soziale Unterstützung zählt zu den extern(al)en Ressourcen (vgl. Abschnitt 2.4.1; Kienle et al. 2006: 108), kann von Individuen und Familien für die Bewältigung von Belastungen oder Krisen genutzt werden und wird von Röhrle auch als "soziale Stressbewältigung" diskutiert (1994: 129ff). Wentura und Kollegen empfehlen, Bewältigungstheorien durch eine Verbindung zu Theorien sozialer Unterstützung zu "kontextualisieren" (2002: 111). Entsprechungen zwischen dem Unterstützungskonzept einerseits und dem Bewältigungs- bzw. Copingkonzept andererseits werden von Klauer (1997: 99) bzw. von Veiel und Ihle (1993) benannt.

Diewald (1991) betonte, dass das Unterstützungskonzept je nach Forschungstradition unterschiedlich gefasst wird. Röhrle sprach von einem Meta-Konstrukt (1994: 123) und wies auf die Vielfalt möglicher Definitionen hin. "Soziale Unterstützung" wird meist mehr- oder multidimensional (vgl. Diewald 1991: 70ff, Herringer 2006: 138) beschrieben.

**Tabelle 3: Dimensionen sozialer Unterstützung und ihre Ausprägungen
(nach Haß 2002: 27)**

Dimension	Ausprägung			
Art	emotionale	instrumentelle	informationale	bestätigende
Richtung	erhalten		geleistet	
Quellen	informelles Netzwerk (Familie, Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn)	intermediäres Hilfe- und Dienstleistungssystem (Selbsthilfegruppen, Wohlfahrtsverbände etc.)	formelle Hilfen (Professionelle des Sozial- und Gesundheitswesens)	
Erleben / Verhalten	wahrgenommene Unterstützung (perceived support)		erfolgte Unterstützung (received support)	
Beschreibung / Bewertung	zufrieden / adäquat		unzufrieden / nicht adäquat	
Quantität	einmalig / selten		wiederholt / häufig	
Alltag / Krise	kontinuierlich		anlassbezogen	
Impuls	nachgefragte Hilfe		angebotene Hilfe	
Offensichtlichkeit	offen		verdeckt	

Soziale Unterstützung beschreibt in der Regel den qualitativen Aspekt von Hilfsinteraktionen zwischen Unterstützungsgeber und -empfänger, das soziale Netzwerk den quantitativen Aspekt sozialer Beziehungen (Kienle et al. 2006: 108). Das soziale Netzwerk ("soziale Integration") wird durch strukturelle Beschreibungen - zum Beispiel der Größe oder der Dichte - abgebildet (Knoll et al. 2005) und oft als informelles, alltägliches Hilfesystem dem professionellen (formellen) Netzwerk gegenüberge-

stellt (Kienle et al. 2006). Diese quellenbezogene Ordnung differenziert zwischen nicht-professioneller (informeller) und professioneller (institutionalisierter) Unterstützung. Professionelle Unterstützung wird nur bedingt - je nach Modell - als soziale Unterstützung verstanden. Bodenmanns Trennung zwischen individueller und dyadischer Belastungsbewältigung, sozialer Unterstützung durch Freunde, nahe Verwandte und Bekannte und schließlich Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zeigt die Perspektivenabhängigkeit der verwendeten Konzepte (2000: 77).

Arten oder Formen sozialer Unterstützung werden funktionelle Beschreibungen genannt (Knoll et al. 2005). Diewald (1991: 70ff) gibt einen detaillierten Überblick ("inhaltliche Typologie") und ordnet die genannten Formen entweder dem Verhaltensaspekt, dem kognitiven oder dem emotionalen Beziehungsaspekt zu. Die meist nur drei, vier oder fünf genannten Formen geben die von Klauer (1997: 99) benannte funktionale Äquivalenz zwischen Bewältigungsverhalten und sozialer Unterstützung (vgl. auch Wentura et al. 2002: 112) jedoch nur teilweise wieder.

Tabelle 4: Formen sozialer Unterstützung (Beispiele)

Knoll et al. (2005: 150f)	Herriger (2006: 138f)	Schneewind (1999: 102f)	Martinelli (1999)
<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentelle Unterstützung - Emotionale Unterstützung - Informationelle Unterstützung - Bewertungsunterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale U. - Instrumentelle U. - Kognitive Unterstützung - Aufrechterhaltung der sozialen Identität - Vermittlung von neuen sozialen Kontakten 	<ul style="list-style-type: none"> a) Informationelle Unterstützung b) Instrumentelle Unterstützung. c) Aktive Unterstützung d) Materielle Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Material support (Instrumental) - Informational support - Emotional support - Comparison (Validational, Appraisal) support
Bezugssystem / Praxisfeld			
Allgemein	Soziale Arbeit	Familienpsychologie	Neonatologie

Die hier exemplarisch genannten Autoren erläutern die einzelnen Formen jeweils anhand konkreter Beispiele. So besteht instrumentelle Unterstützung unter anderem in der Bereitstellung finanzieller Ressourcen, emotionale Unterstützung in der Mitteilung von Wärme, Trost oder Mitleid, informationelle Unterstützung in der Lieferung relevanter Informationen und Bewertungsunterstützung in der kommunizierten Übereinstimmung von Werten oder Standpunkten (Knoll et al. 2005: 150f). Allerdings zeigen sich bei den von den Autoren gewählten Begriffen sowohl inhaltliche Differenzen als auch konzeptuelle Überschneidungen. Martinelli (1999) orientiert sein "social support"-Konzept zudem spezifischer an dem von Cronenwett (1985) für schwangerschaftsbezogene Fragestellungen verwendeten Modell und nutzt es, um das Spektrum professioneller Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern Frühgeborener vor, während und nach der stationären Versorgung zu beschreiben.

Als Ansatzpunkte sozialer Unterstützung nennt Diwald alle "Stationen" des individuellen Stressbewältigungsprozesses (1991: 99). Er führt die problembezogene Bewältigung, die Wahrnehmung und Bewertung des Stressors und die Linderung kognitiv-emotionaler Belastungsfolgen auf. Da jedoch eine theoretische Ordnung verschiedener Bewältigungsformen bisher kaum vorliegt (Greve 1997a), ist verständlich, dass auch die Wirkungsmechanismen sozialer Unterstützung noch recht unklar erscheinen (Wentura et al. 2002: 111). Zu diesen Wirkungsmechanismen gibt es mehrere Modelle; am häufigsten werden das Haupteffektmodell und die Pufferhypothese diskutiert (Kienle et al. 2006). Im Hinblick auf die Wirkung ist auch eine Unterscheidung zwischen wahrgenommener (erwarteter) und tatsächlich erhaltener Unterstützung notwendig (Knoll et al. 2005). In einer Untersuchung von Affleck und Kollegen (1986) korrelierte die mütterliche Zufriedenheit mit der nach der Klinikentlassung erhaltenen⁴ sozialen Unterstützung mit der mütterlichen Anpassung an die neue Situation etwa zwei Monate nach der Entlassung; dies galt allerdings nur für Mütter von Kindern mit (auch poststationär) schwerwiegenderen gesundheitlichen Problemen.

Die oben aufgeführte, relativ abstrakte Unterteilung nach Unterstützungsformen lässt sich nur selten in der Beschreibung elternorientierter Unterstützungsangebote bei Frühgeburt wiederfinden (vgl. jedoch Seideman et al. 1997, Christ-Steckhan 2005: 30f). Die aus professioneller Perspektive meist als Interventionen bezeichneten Unterstützungsformen werden vor allem im Hinblick auf ihre Ziele beschrieben:

**Tabelle 5: Ziele von Interventionen für Eltern und Frühgeborene
(nach Brisch et al. 1997)**

<ul style="list-style-type: none"> • Kind Verbesserung der kindlichen motorischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung • Eltern-Kind-Interaktion Förderung eines positiven Bindungsprozesses zwischen Eltern und Frühgeborenen Verbesserung einer adäquaten Eltern-Kind-Interaktion • Eltern Unterstützung elterlicher Bewältigungsprozesse nach Frühgeburt Training der elterlichen Wahrnehmungsfähigkeit ihres Frühgeborenen.
--

Die sekundärpräventiv angelegten Unterstützungsformen werden von den genannten Autoren - in Anlehnung an eine Publikation von Meisels und Kollegen (1993) - weiter untergliedert. Die vorgenommene Gruppierung verweist sowohl auf Hauptansatzpunkte als auch auf Intensitäten professioneller Unterstützung:

⁴ "Perceived social support"

Tabelle 6: Bevorzugte Interventionsformen (nach Brisch et al. 1997)

- **Kind-zentrierte** Interventionen
- **Kombinierte** Interventionen bei Eltern und Kind mit hoher/niedriger Intensität
- **Eltern-zentrierte** Interventionen

Für Eltern-zentrierte Interventionen werden mögliche Ziele noch einmal konkretisiert. Allerdings betreffen diese Angaben nicht nur Ziele, sondern auch zur Zielerreichung genutzte Mittel beziehungsweise Unterstützungsformen. Die genannten Ziele richten sich vornehmlich auf die Eltern selbst sowie auf die Eltern-Kind-Interaktion:

Tabelle 7: Ziele Eltern-zentrierter Interventionen (nach Brisch et al. 1997)

- Vermittlung von Informationen
- Einübung von Pflegehandlungen
- Emotionale Unterstützung
- Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion
- Aufarbeitung elterlicher Konflikte, die durch die Risikogeburt wieder aktiviert wurden oder bereits vorhanden waren
- Förderung des Bewältigungsprozesses

Studien zu Eltern-zentrierten Interventionen werden von den Autoren schließlich nach ihrem Fokus in drei Hauptgruppen eingeteilt:

Tabelle 8: Fokus Eltern-zentrierter Interventionen (nach Brisch et al. 1997)

- emotionale und soziale Unterstützung der Eltern
- kognitive Informationsvermittlung für Eltern
- familiäre Unterstützung

Diese letzte Gliederung verweist deutlicher auf die zur Zielerreichung eingesetzten Unterstützungsformen und lässt Parallelen zu den eingangs erläuterten Formen erkennen. Die vorgelegten Gliederungen haben wesentlich zu einer Strukturierung des Feldes beigetragen, erscheinen allerdings, wie angemerkt, nicht durchgehend schlüssig. Für eine Anknüpfung an theoretische Grundlagen wäre (auch) eine inhaltliche Präzisierung nötig.

Die für die Beschreibung elternorientierter Unterstützungsformen in der Praxis verwendeten Begriffe klingen weitaus vielfältiger: Hier wird beispielsweise von Krisenintervention (Jotzo 2004), integrativer psychologischer Elternbetreuung (Panagl et al. 2002, 2005), psychologischer Beratung (Sarimski 2000) und Elternberatung (Christ-Steckhan 2005) gesprochen. Auch Elterngesprächsgruppen werden vielfach diskutiert (z.B. Vonderlin 1999). In einigen Einrichtungen wurden umfassendere Konzepte für die Elternarbeit erstellt. Hierzu zählen in der Bundesrepublik Deutschland zum Beispiel das "Ulmer Modell" (Brisch et al. 1999, 2000) und die mit dem Nachsorgekonzept des "Bunten Kreises" verbundene "beziehungsfördernde Begleitung und Beratung", welche in der ersten Lebenswoche des

Kindes einsetzt (Porz 2003: 32f). Diese Konzepte enthalten Zielstellungen und Begründungen professioneller Elternarbeit und beschreiben das konkrete Vorgehen unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und bisheriger Erfahrungen (Christ-Steckhan 2005: 11). Zu einigen Konzepten liegen auch bereits Evaluationsstudien vor (z.B. Vonderlin 1999, Jotzo 2004). In anderen Kliniken wird die Unterstützung der Eltern bislang ohne spezifische Konzeption durchgeführt (im Jahr 1998 lag in nur 6% der deutschen neonatologischen Kliniken ein schriftliches Konzept vor; Stening 1999).

Der Fokus der vorliegenden Untersuchung wird auf die Arten beziehungsweise Formen sowohl gewünschter als auch (von Experten) für notwendig erachteter Unterstützung gerichtet. Hierbei wird der Begriff Unterstützung in dem oben vorgestellten, weiten Sinne verwendet und unterscheidet sich damit von dem für einige bedarfsbezogene Fragebögen verwendeten, jeweils nur Teilaspekte umfassenden Konzept "support" (vgl. Kapitel 3).

2.7 Bedarf (Need)

Im folgenden Abschnitt wird das Konzept "Unterstützungsbedarf" hinsichtlich seiner Bedarfskomponente näher spezifiziert. Da Bedarfskonzept und Bedarfsanalyse im Zentrum der Untersuchung stehen, ist eine hinreichende "theoretische Sensibilität" zu entwickeln. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen zum Bedarfsbegriff geklärt (Abschnitt 2.7.1). Der nächste Abschnitt dient der übersichtlichen Zusammenfassung der zuvor breit aufgefächerten Beschreibungsaspekte, um zu einem späteren Zeitpunkt gezielt auf diese zurückgreifen zu können (Abschnitt 2.7.2). Danach werden generelle Ziele von Bedarfsanalysen benannt. Hier wird auch die Notwendigkeit einer auf das Untersuchungsfeld bezogenen Bedarfsanalyse begründet sowie eine Argumentation zum methodischen Ansatz der vorliegenden Studie geführt (Abschnitt 2.7.3). Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die Methoden insbesondere populationsbezogener Bedarfsanalysen ("need assessment") exemplarisch vorgestellt (Abschnitt 2.7.4). Die hier angegebenen konzeptuellen Klärungen entstanden überwiegend aus den Vorarbeiten für die empirische Untersuchung, wurden jedoch im Verlauf der Forschungsarbeit um weitere Teilaspekte ergänzt.

2.7.1 NEED: Bedarf und Bedürfnis

Der Bedarfsbegriff entstammt nicht der psychologischen Theoriebildung. Vielmehr handelt es sich um einen "primär wirtschaftswissenschaftlichen Terminus" (Weis 1990: 114), welcher für gesundheitspolitische Planungszwecke übernommen wurde. Niehoff unterscheidet zwischen medizinischem Behandlungsbedarf und sozialem Hilfebedarf, spricht aber auch von gesundheitsbezogenem Handlungsbedarf, Betreuungsbedarf und Versorgungsbedarf (1995: 194ff). Die uneinheitliche Verwendung des Bedarfsbegriffs wurde immer wieder kritisiert (z.B. Bradshaw 1994, Schwartz 2001). Der auf das Gesundheitssystem bezogene Bedarfsbegriff wird vor allem in der Versorgungsforschung genutzt. Zur Begriffsdefinition wird bis heute vielfach auf die von Bradshaw 1972 eingeführte Systematik verwiesen (z.B. Schwefel et al. 1978; Endacott 1997: 474, UNESCAP 2002: 17f). Bradshaw listet in seinem Artikel "The concept of social need" vier in der Praxis verwendete Definitionen "sozialen" Bedarfs auf und benennt auch deren jeweilige Vor- und Nachteile:

Tabelle 9: Bedarfsdefinitionen (nach Bradshaw 1972) ⁵

Definition	Kurzbeschreibung
1. "Normative need"	Der "normative Bedarf" wird von professioneller Seite anhand eines Vergleichs eines vorgefundenen Zustands mit einem wünschenswerten Zustand (Norm) definiert. Eine Schwierigkeit besteht in der Relativität des zugrunde gelegten Maßstabes.
2. "Felt need"	Der "empfundene Bedarf" beinhaltet die Wünsche / Bedürfnisse der Befragten, ist aber von deren Bereitschaft, diese einzugestehen, und von deren Wissen um vorhandene Angebote abhängig.
3. "Expressed need"	Unter dem "ausgedrückten Bedarf" wird "demand" ("Nachfrage") verstanden. Der empfundene Bedarf bildet hierfür die Grundlage, allerdings wird dieser nicht immer in eine Nachfrage umgesetzt.
4. "Comparative need"	Der "komparative Bedarf" lässt sich aus regionalen Versorgungsunterschieden ableiten und dient der Planung erforderlicher Angebote (supply). Schwefel und Kollegen (1978) nennen diese Methode der Bedarfsbestimmung "Verteilungs-" bzw. "Richtzahlmethode"; sie entspricht der bundesrepublikanischen Bedarfsplanung.

Die von Bradshaw vorgelegte Gliederung enthält Hinweise sowohl auf die jeweils eingenommene Perspektive als auch auf die zur Bedarfsfeststellung genutzten Kriterien und Methoden. Erkennbare Parallelen, beispielsweise zwischen (1.) "normativem" und (4.) "komparativem" Bedarf (in beiden Fällen handelt es sich um fremddefinierten Bedarf; in beiden Fällen finden auch Vergleiche zwischen einem wünschenswerten Zustand oder einer Norm und einem aktuell existierenden Zustand statt), werden von Bradshaw allerdings nicht herausgestellt.

2.7.1.1 Perspektiven

Bedarfsbeschreibungen erfolgen aus verschiedenen Perspektiven. Allein der normative Bedarf kann Bradshaw (1972) zufolge zum Beispiel von Experten oder Professionellen, von Verwaltungskräften oder Sozialwissenschaftlern definiert werden. Entsprechende Unterscheidungen wurden auch von der WHO (1978), von Royse und Drude (1982), von Stöcklin und Lucius-Hoene (1988) und anderen Autoren getroffen, sind jedoch inhaltlich nicht deckungsgleich.

Tabelle 10: Beurteilungsperspektiven (Beispiele)

nach WHO (1978)	nach Stöcklin/Lucius-Hoene (1988)
<ul style="list-style-type: none"> • empfunden • fachlich definiert • wissenschaftlich bestätigt 	<ul style="list-style-type: none"> • selbstdefiniert • fremddefiniert • expertendefiniert
<ul style="list-style-type: none"> • potentielle Nachfrage • tatsächliche Nachfrage 	

⁵ Übersetzung der Begriffe nach Schwefel und Kollegen (1978)

Die Berücksichtigung verschiedener Beurteilungsperspektiven führte in der Versorgungsforschung zu einer Zweiteilung in subjektiven und objektiven Bedarf (Schwartz/Bitzer 2003). Andersen spricht von "perceived need" und "evaluated need" (1995). Oft wird aber auch zwischen Bedürfnis und Bedarf unterschieden (Fleßa 2007: 6). Dabei "ist das 'Bedürfnis' als Ausmaß einer subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes vom 'Bedarf' als einer von anderen Personen festgestellten Notwendigkeit an medizinischen bzw. psychosozialen Dienstleistungen abzugrenzen." (Weis 1990: 117). Eine ähnliche, jedoch ebenfalls nicht deckungsgleiche Zweiteilung wird übrigens auch im Feld der Sonderpädagogik vorgenommen: "Bedürfnis meint dabei alles, was sich als Anspruch des Subjekts formulieren lässt; Bedarf meint alles, was politisch als Anspruch durchgesetzt werden kann." (Weisser 2005: 200). Die Zweiteilung entstand allerdings unter Verzicht auf einige zuvor bereits vorgenommene Differenzierungen. Ein Vorschlag der Autorin zur systematischen Untergliederung der Perspektiven unter Berücksichtigung der verwendeten Begriffe sieht folgendermaßen aus:



Abbildung 1: Beurteilungsperspektiven des Bedarfs

Der in der Versorgungsforschung genutzte Begriff "objektiver Bedarf" beinhaltet eine Fremdbeurteilung, welche aus professionellen (fachlichen) oder wissenschaftlichen Urteilen generiert wird (SVR 2002)⁶ - analog zur WHO-Einteilung (1978) in fachliche und wissenschaftliche Beurteilungen des Bedarfs. Von Stöcklin und Lucius-Hoene (1988) wurden Fremdperspektiven mit den (nicht trenngenaue) Kategorien "fremd-" und "expertendefiniert" erfasst. Sie schließen damit - im Gegensatz zur WHO- und SVR-Definition - auch die Perspektive weiterer Bezugspersonen (z.B. Angehöriger) ein.

Die Selbstbeurteilung entsteht aus der Perspektive der Konsumenten und führt zum selbstdefinierten beziehungsweise "subjektiven Bedarf" (Stöcklin/Lucius-Hoene 1988; SVR 2002). Da dieser sowohl

⁶ SVR = Sachverständigenrat

den empfundenen als auch den ausgedrückten Wunsch nach einer Versorgung (Nachfrage) umfasst, gehören hierzu Bradshaws Kategorien "felt need" und "expressed need". Die von der WHO (1978) favorisierte begriffliche Differenzierung zwischen Bedarf ("need") und Nachfrage ("demand") - welche im SVR-Gutachten aufgegriffen und um eine Abgrenzung vom Begriff Inanspruchnahme ("utilization") erweitert wurde, erscheint deshalb ganz nicht eindeutig: Zwar sind Bedarf und Nachfrage konzeptuell trennbar; die Nachfrage wird aber als einziger (und zudem unzuverlässiger) Indikator für den empfundenen Bedarf herangezogen (vgl. Tabellen 10 und 11).

2.7.1.2 Abhängigkeit

Bedarfsschätzungen hängen demnach von der eingenommenen Perspektive ab. Bradshaw äußerte schon 1972, dass "felt need" auch von der individuellen Wahrnehmung, von der Bereitschaft, eine Abnahme der eigenen Unabhängigkeit einzugestehen, und von der Kenntnis erreichbarer Angebote abhängt. Jeffers und Mitarbeiter (1978: 49) nennen den kulturellen, religiösen, bildungsmäßigen und sozialen Status, hinzu komme der wahrgenommene seelische oder körperliche Notstand. Bezogen auf den Bedarf von Tumorkranken an psychosozialer Versorgung führt Weis die gegenüber dem System der psychosozialen Versorgung bestehenden Einstellungen sowie den Grad der Informiertheit über vorhandene Angebote auf (1990: 116). Zur Abhängigkeit der Inanspruchnahme vorhandener Infrastrukturen zur Behandlung von Krankheit führt Niehoff folgende Faktoren auf: Alter, Geschlecht, rechtliche und ökonomische Regulationsmechanismen der medizinischen Versorgung, Art der Krankheit, Krankheitsstadium, soziale Schicht, familiäre Strukturen, Bildung, soziale Normen, kulturelle Traditionen, Moden. Als sozio-demographische Variablen nennt er berufliche, territoriale und Einkommensmerkmale, ethnische Besonderheiten sowie ärztliche Qualifikationen und Einstellungen (1995: 194f, 200f). Weitere Angaben zur Abhängigkeit der Nachfrage und der Inanspruchnahme folgen in den Abschnitten 2.7.3.3 und 2.7.4.1.

Aufgrund dieser Abhängigkeiten können auch Unterschiede zwischen selbst- und fremdbeurteiltem Bedarf erklärt werden. Selbst- und fremdgeschätzter psychotherapeutischer Behandlungsbedarf stimmten in Freiburger Studien beispielsweise nur mäßig überein (Fritzsche et al. 2004, 2007). Jeffers und Mitarbeiter (1978: 49) begründen derartige Unterschiede vor allem mit der "Unwissenheit des Verbrauchers" bezüglich der "Symptome schlechter Gesundheit". Fleßa (2007: 6) schreibt: "Der Mangel muss vom Kranken wahrgenommen werden, damit ein Antrieb zur Bedürfnisbefriedigung entsteht.". Weis führt Unterschiede in den Werten und Normen, den Wahrnehmungen des Gesundheitszustandes und den Krankheitsdefinitionen als Gründe auf (1990: 116). Schwarz stellt zudem fest, dass die Not Krebskranker neben der eigentlichen Krebskrankheit nicht selten "auch darin begründet ist, daß sie sich keine Not eingestehen können und daß sie demzufolge Hilfen nicht benötigen oder gar in Anspruch nehmen dürften" (1990: 126).

2.7.1.3 Kriterien und Methoden

Bradshaw (1972) zufolge hängt der festgestellte Bedarf auch von den zur Beurteilung genutzten Kriterien beziehungsweise Methoden ab. Die Methoden wurden, aufbauend auf Bradshaws Vorarbeiten, von Schwefel und Mitarbeitern (1978) präziser systematisiert (Tabelle 11) und werden in der vorliegenden Schrift im Abschnitt 2.7.4 näher erläutert.

Tabelle 11: Methoden zur Bedarfsfeststellung (nach Schwefel et al. 1978)

<ul style="list-style-type: none"> • Verteilungsmethode • Nachfrage- und Nutzungsmethode • Morbiditätsmethode • Effektivitätsmethode
--

Raspe und Kollegen benannten unter Verweis auf Stevens und Gabbay (1991) für das Bedarfskonzept im Bereich der Krankenversorgung zwei Voraussetzungen: erstens ein erhebliches Gesundheitsrisiko oder eine Störung und zweitens eine Leistung, welche geeignet ist, "die Störung bzw. das Risiko im Vergleich zum natürlichen Verlauf günstig zu beeinflussen." (2003: 236). Aspekte des Bedarfs wären "Angemessenheit, Zweckmäßigkeit, Risikoarmut, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit" sowie "Qualität der Behandlung" und "Gerechtigkeit der Verteilung von Leistungen" (a.a.O.). Fuchs schreibt: "Aus der Experten-Sicht verdichtet sich die Bedarfsbeschreibung auf Problemlagen, für deren Lösungen Ressourcen vorhanden sind, deren Wirkung bezogen auf die Problemlagen evidenzbasiert ist." (2003: 231). Bialoskurski und Kollegen (2002: 63) übernahmen für ihre Studie zu mütterlichen Unterstützungsbedürfnissen die Position des Symbolischen Interaktionismus: "maternal needs are social constructions." In einem Papier der Vereinten Nationen wurde betont, dass Bedarfsfeststellungen unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Werte erfolgen (UNESCAP 2002: 19). Endacott (1997: 475) wies darauf hin, dass zur Bedarfsfeststellung Kriterien herangezogen werden ("a need is identified based on criteria"), ohne diese jedoch näher zu spezifizieren oder explizit zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive zu unterscheiden. Zu den Bedingungen, welche der Bedarfsentstehung vorausgehen ("antecedents"), zählt sie eine auf Person oder Situation bezogene Zustandsveränderung ("change in status"), aber auch eine Veränderung des Bewusstseins ("awareness"), welche zu einer ungünstigeren Bewertung ("an undesirable state of affairs") führen würde (1997: 474f). Im Feld der Sonderpädagogik diskutierte Weisser (2005) die Notwendigkeit einer Feststellung von Ungleichheit beziehungsweise Differenz als Entscheidungskriterium für den Bedarf der Zuweisung sonderpädagogischer Leistungen.

Schwefel und Mitarbeiter (1978) stellten Bezüge zu Bradshaws Aufstellung her, verlagerten ihren Schwerpunkt aber auf die Nennung von Methoden zur Fremdbeurteilung. Der individuell-subjektive Blickwinkel, welcher in den von Bradshaw (1972) aufgestellten Kategorien "felt need" und "expressed need" und auch im von der WHO (1978) verwendeten Begriff "empfundener Bedarf" enthalten ist, wird lediglich indirekt über die Nachfrage- und Nutzungsmethode erfasst. Bradshaw selbst konkretisierte später, dass (gesundheitsbezogener) Bedarf kein absoluter Zustand sei, sondern sozial definiert

werde und daher von den jeweils zugrunde gelegten Gesundheitsmodellen abhängen (1994). Für eine Orientierung an dem von der WHO vertretenen mehrdimensionalen Gesundheitsmodell vermerkte er: "Self-reports - the experience, assessments and subjective feelings of people (their felt needs) - have greater importance and validity." (1994: 51). Auch Endacott (1997) kritisierte, dass die Selbstbeurteilungsperspektive in bedarfsbezogenen Untersuchungen nicht selten vernachlässigt werde.

2.7.1.4 Bedürfnis

Der selbstbeurteilte Bedarf wird synonym als "subjektiver Bedarf", als "subjektiver Wunsch nach Versorgung" oder als "Bedürfnis" bezeichnet (SVR 2002; Schwartz/ Bitzer 2003). Hierzu gehören nach Bradshaw die Begriffe Wunsch (want) und Nachfrage (demand). Untersuchungen zum "Bedürfnis nach informellen Hilfen" wurden unter anderem von Röhrle (1994: 112ff) im Hinblick auf "spezifische Wünsche, wie z.B. nach Affiliation, Identität oder nach einem positiven Selbstwerterleben" diskutiert. Da der Begriff "Bedürfnis" (need) demnach in engem inhaltlichen Zusammenhang zum Bedarfsbegriff steht, erstaunt es, dass sich - auch bei näherer Analyse - kaum theoretische Verbindungslinien erkennen lassen.

Im Gegensatz zum Begriff "Bedarf" verfügt der Begriff "Bedürfnis" über eine eigene Tradition in der psychologischen Theoriebildung. Obwohl diese in der Literatur zur Versorgungsforschung nicht aufgegriffen wird, soll sie hier knapp skizziert werden, um eigene konzeptuelle und methodologische Überlegungen zu verdeutlichen. Bedürfnis ist "das mit dem Erlebnis eines Mangels und mit dem Streben nach der Beseitigung dieses Mangels (der Befriedigung) verbundene Gefühl. [...] Die Abgrenzung von Bedürfnis, Trieb und Motiv ist unscharf." Der Wunsch ist "das Herbeisehnen eines bestimmten Erlebenszustandes" (Häcker/Stapf 1998). In diesen Kurz-Definitionen werden zwei qualitativ unterschiedliche Erlebenszustände benannt, verbunden mit der Bestrebung, eine Veränderung des aktuellen Zustands in den gewünschten Zustand zu erreichen.

Nachdem der Begriff "Bedürfnis" in den Arbeiten zur Motivationspsychologie zunächst vom Begriff Motiv abgelöst schien (vgl. Heckhausen 1989), werden Bedürfnisse derzeit als sub- oder präkognitive und sub- oder präaffektive "Melder von Ist-Sollwert-Diskrepanzen" definiert (Kuhl 2006: 305ff). "Bedürfnisse kann man als eine Diskrepanz zwischen einem situativen Istwert und einem angestrebten Sollwert definieren." (McClelland et al. 1953, zit. nach Scheffer/Heckhausen 2006: 54). Krapp zufolge handelt es sich "um ein System subbewusst agierender 'dynamischer Triebfedern'" (2005: 637). Daher würde wohl der Begriff "präattentiv" (Grawe 1998: 176) eher zutreffen. Als Motive werden hingegen die kognitiv repräsentierten Manifestationen des Bedürfnissystems bezeichnet (Krapp 2005: 630).

Der eigenschaftstheoretischen Konzeption Maslows nach wurden Bedürfnisse eher als Persönlichkeitseigenschaften verstanden; zuvor hatte Murray jedoch bereits auf Interaktionen zwischen Person und Umwelt verwiesen (Scheffer/Heckhausen 2006). Bedürfnisse zählen heute (gemeinsam mit Motiven und Zielen) zu den Personfaktoren, die in Interaktion mit jeweils gegebenen Situationen menschliches Handeln determinieren:

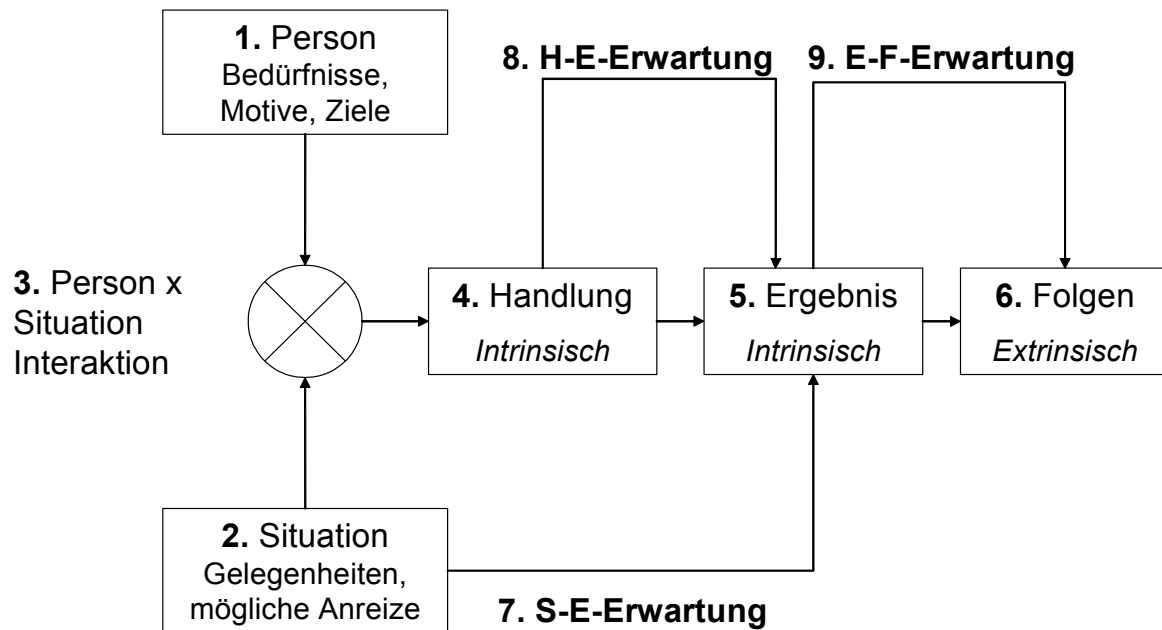


Abbildung 2:
Determinanten motivierten Handelns (nach Heckhausen/Heckhausen 2006: 5)

Wünsche und Bedürfnisse spielen im vierphasigen Rubikon-Modell der Handlungsphasen (Achtziger/Gollwitzer 2006: 278ff) eine besondere Rolle - insbesondere in der prädeziSIONalen Handlungsphase, in welcher ein Handelnder verschiedene Wünsche und Handlungsoptionen sowie deren Konsequenzen abwägt, bevor er einen oder mehrere Wünsche in verbindliche Ziele umsetzt und in der nachfolgenden präaktionalen Phase konkrete Strategien zur Zielrealisierung plant. Hierbei sind ergebnis- und folgenbezogene Erwartungen von entscheidender Bedeutung.

2.7.1.5 Qualitative und quantitative Beschreibungen

Bedürfnisse können in qualitativer und quantitativer Hinsicht beschrieben werden. Zur Veranschaulichung: Eine Studie zu den Bedürfnissen von Eltern mit behinderten Kindern (standardisierte Befragung⁷) erbrachte sowohl qualitative als auch quantitative Angaben (Sarimski 1996):

Tabelle 12: Bedarfsbeschreibung ⁸

qualitativ	quantitativ
Information	> 50 %
soziale Unterstützung	ca. 40%
familiäre Gespräche	ca. 27%
Kontakt zu anderen Eltern mit ähnlichen Problemen	ca. 28%

⁷ Instrument "Family Needs Survey"

⁸ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf jene Mütter, die ihr Bedürfnis in der jeweiligen Kategorie als "sehr" deutlich beurteilten.

Der qualitative Beschreibungsaspekt (Bedürfnisarten) zeigt sich bereits in einigen frühen Klassifikationsversuchen. Murray (1938, n. Scheffer/Heckhausen 2006) erstellte zum Beispiel eine Liste 27 gleichrangiger Bedürfnisse. Grawe (1998) unterscheidet nach Epstein vier gleichberechtigte Grundbedürfnisse: das Bedürfnis nach Kontrolle, das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, das Bindungsbedürfnis und das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung. Krapp unterscheidet zunächst biologisch-physiologische und psychologische Bedürfnisse (2005: 631) und zählt dann zu den grundlegenden psychologischen Bedürfnissen (basic needs) Kompetenzerfahrung, Autonomieerleben und soziale Eingebundenheit (a.a.O.: 637, vgl. Krapp/Ryan 2002: 72). Diese Gliederung lässt den Versuch einer an inhaltlichen Kriterien orientierten, hierarchischen Beschreibung erkennen.

Der quantitative Aspekt erfasst hingegen auf einzelne Qualitäten bezogene Prioritäten oder Ausmaße. Maslow (1954, n. Scheffer/Heckhausen 2006) nahm beispielsweise eine hierarchische Ordnung von Bedürfnis- beziehungsweise Motivgruppen nach ihrer relativen Vorrangigkeit in der Befriedigung vor. Für die Bedürfnisbefriedigung sind nach Scheffer und Heckhausen (2006: 59) die Aspekte "Wert" und "Folge" sehr wichtig.

2.7.1.6 Bedürftigkeit

Das Konzept Bedarf beinhaltet einigen Autoren zufolge auch die "Bedürftigkeit". Diese umfasst Boulding (1978: 37) zufolge "das, was man sich nicht erlauben kann, weil man die Mittel hierzu nicht hat.". Heckhausen verwendete zur Erklärung von Hilfeleistung auch den Begriff "Hilfsbedürftigkeit" (1989: 279ff). In den von ihm beleuchteten unterschiedlichen Urteilsperspektiven der beteiligten Handlungspartner wird erneut die Perspektivenabhängigkeit deutlich. Das von Heckhausen (1989) vorgestellte Motivationsmodell für Hilfeleistung könnte für das Verständnis des Konzepts "Unterstützungsbedarf" aufschlussreich sein, sofern professionell definierter Unterstützungsbedarf als Bedürfnis, professionell-helfend zu handeln, verstanden würde. Weis nutzt die Begriffe Bedürftigkeit, Bedarf und Bedürfnis jedoch synonym (1990: 116).

2.7.1.7 Bezugssystem

Royse und Drude unterscheiden bedarfsbeschreibende Aussagen auf dem "Microlevel", welches regionale planerische und administrative Überlegungen betrifft, und dem "Macrolevel", welches Forschungen zur nationalen Gesundheit umfasst (1982: 102f). Nach WHO-Einteilung (1978) bezieht sich der fachlich definierte Bedarf eher auf Individuen, der wissenschaftlich bestätigte Bedarf eher auf Populationen. Endacott erwähnt, dass individuumbezogene Beschreibungen vornehmlich aus fachlicher Perspektive, populationsbezogene Beschreibungen vor allem aus der Sicht von Kostenträgern erfolgen (1997: 474). Auch Heinen und Wigger-Toelstede differenzieren zwischen individuell und allgemein gültigen Aussagen in Bezug auf die Erwartungen von Eltern frühgeborener Kinder an die Frühförderung (1999: 60).

2.7.1.8 Weitere Aspekte

Als nicht nach Perspektiven getrennte Aspekte zählt Endacott folgende Attribute des Bedarfskonzepts auf: "an undesirable state of affairs", "a deficit", "a necessity", "its presence confers responsibility to make good the deficit" und "evaluative notion (or value judgement) someone has to define them as needs" (1997: 474f).

2.7.1.9 Unterstützungsbedarf

Den Ausführungen zufolge wäre dem Begriff "Unterstützungsbedarf" der Begriff "Unterstützungsbedürfnis" gegenüberzustellen. Beide Begriffe beziehen sich auf Formen professioneller Unterstützung, welche an dieser Stelle jedoch nicht weiterführend spezifiziert werden, um deren Bedeutungsvielfalt im Untersuchungsfeld nicht vorzeitig einzuschränken. Der Umstand, dass der Begriff "Bedürfnis" in psychologischen Kontext, wie erwähnt, präattentiv konzeptualisiert wird, ist im Hinblick auf die Möglichkeit und die Grenzen seiner empirischen Erfassung zu berücksichtigen.

2.7.2 Aspekte des Bedarfskonzepts (Übersicht)

Die zusammengestellten konzeptuellen Vorarbeiten zum Bedarfsbegriff und zu dessen (Teil-)Aspekten tragen zu Erhöhung der "theoretischen Sensibilität" bei. Da sie als Anhaltspunkte für die im zweiten Teil der Schrift beschriebene, empirische Erfassung des Unterstützungsbedarfs im neonatologischen Kontext relevant sein könnten, sollen sie in die weiteren Vorbereitungen sowohl zur Datenerhebung als auch zur Datenauswertung einbezogen werden. Um später gezielt auf sie zurückgreifen zu können, werden sie hier noch einmal in übersichtlicher Form aufgeführt.

Tabelle 13: Aspekte des Bedarfskonzepts

Aspekt	Erläuterung
Perspektiven	Ein Bedarf kann aus verschiedenen Perspektiven, insbesondere als Fremd- und Selbstbeurteilung beschrieben werden (Bedarf / Bedürfnis).
Abhängigkeit	Ein Bedarf kann von unterschiedlichen Faktoren abhängen.
Kriterien / Methoden	Ein Bedarf wird unter Nutzung von Kriterien und Methoden beurteilt.
Qualität / Quantität	Eine qualitative Bedarfsbeschreibung bildet verschiedene Bedarfsarten, eine quantitative Beschreibung den zugehörigen Bedarfsumfang ab.
Bezugssystem	Ein Bedarf kann entweder individuums- oder populationsbezogen erfasst und beschrieben werden. Auch eine Unterscheidung zwischen Mikro- und Makroebene ist möglich.

Es ist davon auszugehen, dass theoretische Zusammenhänge zwischen einzelnen Teilaspekten bestehen, welche jedoch anhand der gesichteten Literatur nicht systematisiert werden konnten und daher hier nicht wiedergegeben wurden.

2.7.3 Ziele von Bedarfsanalysen

2.7.3.1 Allgemeine Ziele

Warum sollten Bedarf und Bedürfnisse untersucht werden? Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen forderte für die "Strukturen, Zuständigkeiten, Anreize und Abläufe" des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems, sich "an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen" zu orientieren (2001: 6). Laut Sozialgesetzbuch V (§ 70) soll das Erbringen der Leistungen "bedarfsgerecht" erfolgen (Schwartz 2001). Eine bedarfsgerechte Verteilung professioneller Ressourcen setzt Bedarfserhebungen (und -begründungen) voraus. Bei der Bedarfsforschung als wichtigem Teilgebiet der Versorgungsforschung "geht es um die Feststellung des objektiven und subjektiven Versorgungsbedarfs und seiner Determinanten." (Pfaff 2003: 17). Zur Planung bedarfsgerecht zu erbringender Unterstützungsleistungen sind populationsbezogene Analysen erforderlich. Hierbei dienen qualitative Analysen der inhaltlichen Zusammenstellung benötigter Unterstützungsformen. Sie können beispielsweise Hinweise auf Qualifikationsanforderungen oder erforderliche instrumentelle und infrastrukturelle Voraussetzungen und Arbeitsteilungen enthalten. Quantitative Analysen beziehen sich hingegen auf den Umfang, die Menge oder den prozentualen Anteil der jeweils benötigten Leistung und machen so den entsprechenden Aufwand kalkulierbar (vgl. Niehoff 1995: 199).

Im Jahr 1986 äußerten Norris und Grove für die intensivmedizinische Versorgung erwachsener Patienten: "Nurses are responsible for intervening with the psychosocial needs of critical ill patients and their families, often without adequate knowledge or background.". Sie führten dies auf mangelnde Forschungsarbeit in diesem Bereich zurück (1986: 194). Eine Übersicht über weitere Begründungen für die Notwendigkeit, die Bedürfnisse von Angehörigen kritisch kranker Menschen zu kennen, gibt Kuhlmann (2002: 250f). Demnach befänden sich insbesondere Pflegende aufgrund ihres engen Kontaktes zum Patienten und dessen Familie in der idealen Position, um Unterstützung zu geben. Die Ergebnisse von Bedarfsanalysen dienen nicht nur generell der Interventionsplanung, sondern auch dazu, professionelle Ressourcen auf die Deckung "wichtiger Bedürfnisse" zu lenken, welche nicht "von anderen (Berufsgruppen, Freunden etc.) gestillt werden können." (2002: 251). Während unerfüllte Bedürfnisse die Belastung sowohl von Angehörigen als auch von Pflegenden erhöhen, würden berücksichtigte Bedürfnisse diese reduzieren; hiervon würde schließlich auch die Gesundheit des Patienten profitieren. Populationsbezogene Angaben reichen für die Erbringung konkreter Unterstützungsleistungen allerdings nicht aus. Um einzelne Personen (oder Familien) angemessen unterstützen zu können, ist deren Bedarf jeweils einzelfallbezogen zu klären. Eine lediglich formale Umsetzung von Unterstützungsprogrammen ohne Berücksichtigung des individuellen Unterstützungsbedarfs kann andernfalls zu negativen Effekten führen (vgl. Affleck et al. 1989).

2.7.3.2 Ziele im Untersuchungsfeld Neonatologie

Die oben genannten Argumente gelten ebenso für das neonatologische Untersuchungsfeld. Beschreibende und begründende Aussagen zum Bedarf sind für die fachliche Reflexion und Kommunikation,

die Aus- und Weiterbildung sowie die Konzeptualisierung von Unterstützungsangeboten nötig. Weil bereitzuhaltende Unterstützungsleistungen (knappe) professionelle Ressourcen binden, spielen Bedarfsbegründungen auch für den Zugang zu diesen Ressourcen eine zentrale Rolle.

Neonatologiespezifische Argumente werden auch von verschiedenen Autoren genannt. Die Kenntnis elterlicher Bedürfnisse könne die Auswirkungen von Stressoren mildern oder abwenden, schreibt Ward (2001: 281) und betont unter Bezugnahme auf Miles und Mitarbeiter (1991), dass Professionelle, die mit Eltern schwer kranker Kinder arbeiten, die elterlichen Bedürfnisse ("needs") kennen müssen, um effektive Unterstützung leisten zu können (2001: 282). Bialoskurski und Kollegen (2002: 63) argumentieren ebenfalls mit der Effektivität: Kenntnis und Befriedigung mütterlicher Bedürfnisse könnten die Auswirkungen der durch die Frühgeburt ausgelösten Krise reduzieren und das mütterliche Wohlbefinden fördern. Vor allem die gegenseitige Abhängigkeit der Familienmitglieder und die Auswirkungen der familiären Gesundheit auf den Patienten erfordern, dass in der intensivmedizinischen Versorgung tätige Berufsgruppen die familiären Bedürfnisse erkennen beziehungsweise beurteilen (Jacono et al. 1990: 72; Hallström/Elander 2007: 193). Dies sei insbesondere nötig, um eine erfolgreiche Anpassung und die Eltern-Kind-Bindung zu unterstützen (Fisher 1994: 82).

2.7.3.3 Ziele und Perspektiven

In Abhängigkeit von den Zielen der Bedarfsanalysen wären die jeweils zu erfassenden Urteilsperspektiven festzulegen. Kienle und Mitarbeiter empfehlen: "Zur Erfassung sozialer Unterstützungsleistungen sollte [...] nicht allein die Perspektive des Empfängers berücksichtigt werden, sondern im Idealfall [...] insgesamt drei Perspektiven." (2006: 109). Die folgenden Erläuterungen werden (teilweise) bereits auf die hier durchgeführte Untersuchung bezogen, um Redundanzen zu vermeiden. Die Ziele dieser Studie werden jedoch im vierten Kapitel nochmals zusammengefasst.

Eine Orientierung am selbstbeurteilten Bedarf kann die Akzeptanz der unterbreiteten Angebote erhöhen und daher als Voraussetzung für deren Effektivität angesehen werden. Sie kann zudem zur elterlichen Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen beitragen (vgl. Abschnitt 2.3.2.4) und daher sowohl die fremd- als auch die selbstbeurteilte Ergebnisqualität der Versorgung erhöhen (vgl. Badura 2002). Darüber hinaus kann die Erfassung von Selbsteinschätzungen Hinweise auf elterliche Bedürfnisse liefern, welche aus professioneller Sicht möglicherweise (zu) wenig beachtet werden.

Der Einsatz der Nachfragemethode zur Erfassung selbstbeurteilten Bedarfs vernachlässigt jedoch mehrere Einflussfaktoren. Nachfragen können beispielsweise durch vorhandene Angebote "induziert" werden (Schwartz/Bitzer 2003). Auch die Distanz zwischen Nachfrager und Anbieter spielt eine Rolle (Fleßa 2007: 7). Die Nachfrage hängt außerdem von der sozialen Situation / vom Einkommen ab (Boulding 1978: 37, Fleßa 2007: 7). Je besser die soziale Situation ist, desto anspruchsvoller und umfassender fällt in der Regel auch die Nachfrage (bzw. der subjektive Bedarf) aus. Je schlechter hingegen die soziale Situation ist, desto seltener oder später erfolgt die Nachfrage, desto größer fällt andererseits jedoch der "objektive Bedarf" an Hilfeleistung aus (Niehoff 1995: 226). Für die Einschätzung

des psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs geben Strittmatter und Mitarbeiter zu bedenken, dass die Unterstützung nur der Patienten, die sich selbst melden, jene Patienten benachteiligt, "die sich nicht trauen oder überfordert sind, ihre Bedürfnisse zu formulieren." (1998: 350). Bezogen auf das neonatologische Praxisfeld könnte vermutet werden, dass einige Eltern keine Unterstützungswünsche äußern, weil sie die situativen Anforderungen selbständig bewältigen. Ebenso wäre aber denkbar, dass diese Eltern einen (im Fremdurteil festgestellten) Bedarf tatsächlich selbst nicht wahrnehmen oder dass sie vorhandene Wünsche in sehr diskreter und/oder nonverbaler Form äußern.

Da Selbstbeurteilungen also stets recht individuelle Züge tragen, erscheinen auch Fremdbefragungen sinnvoll. Die Erfahrungen oft jahrelang vor Ort tätiger Professioneller, welche bereits eine Vielzahl von Eltern betreut und einen Überblick über relevante Bedarfsarten gewonnen haben, können so als fachliche Urteile in die Daten einfließen und bei der Auswertung berücksichtigt werden. Eine ausschließliche Orientierung am fremddefinierten Bedarf wäre allerdings ebenfalls mit deutlichen Einschränkungen verbunden. Für den Bereich der Psychoonkologie geben Strittmatter und Kollegen (1998: 350) wieder zu bedenken: "Werden die Kranken unterstützt, die von Ärzten und vom Pflegepersonal vermittelt werden, dann ist die Zuweisung der zu Unterstützenden vom Einfühlungsvermögen und vom Erfahrungsschatz der Klinikmitarbeiter abhängig". In diesem Zusammenhang stellt sich erneut die Frage, an welchen Kriterien sich die professionelle Beurteilung orientiert. Den Ergebnissen einer Studie aus dem neonatologischen Kontext zufolge liegen der professionellen Bedarfsbeurteilung wohl vor allem Einschätzungen der elterlichen emotionalen Belastung durch das neonatologische Team zugrunde (Panagl et al. 2002: 374).

Aufgrund dieser Vorüberlegungen werden in die hier durchgeführte Bedarfsanalyse sowohl Selbst- als auch Fremdperspektiven einbezogen. Um das vorhandene Bedarfsspektrum möglichst breit erfassen zu können, wird besonderes darauf geachtet, Vertreter verschiedener an der Elternbetreuung beteiligter Professionen (Experten) zu Wort kommen zu lassen. Ausgehend von der Annahme, dass sowohl nach wissenschaftlichen Kriterien als gesichert geltendes Wissen als auch erfahrungsbasiertes Wissen wertvolle Datenquellen darstellen, werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Beziehung zu bereits vorliegenden Angaben gesetzt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der einbezogenen Datenquellen kann von einem multiperspektivischen Untersuchungsansatz beziehungsweise einer Daten-Triangulation gesprochen werden. Bevor das hier praktizierte Vorgehen im zweiten Teil der Schrift konkreter beschrieben wird, werden zunächst verschiedene Möglichkeiten der Erstellung von Bedarfsanalysen erläutert.

2.7.4 Kriterien und Methoden zur Bedarfsbestimmung

Kriterien und Methoden zur Bedarfsbestimmung wurden bereits im Abschnitt 2.7.1 im Zusammenhang mit den vorgestellten Bedarfskonzepten erwähnt. Populationsbezogene Bedarfsschätzungen betreffen die komplexe Fragestellung, welche Angebote "von welchen Institutionen in welcher Größenordnung" vorgehalten und welche Kapazitäten, Standorte und Kooperationsbeziehungen genutzt

werden sollen sowie die Frage, wer welche Patientengruppen versorgen soll (Weis 1990, Weis et al. 1998). Sie erfolgen nach Stöcklin und Lucius-Hoene (1988) über Ist- und Soll-Analysen, wobei Ist-Analysen der Erfassung bestehender Versorgungsstrukturen und Soll-Analysen der Erfassung nicht gedeckten Bedarfs dienen. Ein Ist-Soll-Vergleich wurde beispielsweise von Weis und Kollegen (1998) zum Bedarf an psychoonkologischer Versorgung in Deutschland vorgenommen. Im Folgenden werden populations- und individuumbezogene Methoden entlang der beiden Hauptperspektiven (Selbst- und Fremdurteil) näher erläutert.

2.7.4.1 Erfassung der Selbstbeurteilung

Der "subjektive Bedarf" wird populationsbezogen meist indirekt über die "Nachfrage- und Nutzungsmethode" erfasst: Nachfrage- und Inanspruchnahmedaten werden als Kriterien oder "Bedarfsindikatoren" (Schwefel et al. 1978) genutzt. Die begrenzte Aussagekraft von Nachfragedaten wurde bereits diskutiert - aus denselben Gründen lassen sich auch aus Inanspruchnahmedaten nur sehr grobe Bedarfsschätzungen ableiten. Für die Nicht-Inanspruchnahme - trotz vorhandenem Unterstützungswunsch und teilweise trotz bestehender Nachfrage - werden als weitere Gründe zum Beispiel Trägheit, Vermeidungsbestrebungen und Unsicherheiten bezüglich der Effektivität der Angebote genannt (Jeffers et al. 1978: 49). Als Voraussetzung für eine Inanspruchnahme gelten zudem bestimmte Handlungspräferenzen (Weis 1990: 117). Mitunter ist schlicht kein entsprechendes Angebot vor Ort vorhanden (vgl. auch Niehoff 1995: 197ff, Fleßa 2007).

Unterstützungswünsche oder -bedürfnisse können darüber hinaus, und dies fehlt in der Auflistung von Schwefel und Mitarbeitern (1978), auch direkt erfasst werden (vgl. Royse/Drude 1982: 100). Potenzielle Konsumenten professioneller Leistungen können in nichtstandardisierter (offener), teil- oder vollstandardisierter Weise zeitparallel oder zeitversetzt (prospektiv/retrospektiv) befragt werden. Offene oder teilstandardisierte Befragungen setzen keine oder wenige vorab definierte Kategorien voraus, ihre Ergebnisse können aber zur Kategorienbildung dienen. Bass (1991) bildete zum Beispiel durch Auswertung von Elterninterviews insgesamt 13 bedarfsbezogene Kategorien (nach Conner/Nelson 1999). Narrative Interviews wurden auch von Jungbauer und Kollegen (2002) für ihre explorative Studie zum Unterstützungsbedarf von (Ehe-)Partnern schizophrener Patienten eingesetzt.

Oft wird der subjektive Bedarf als Wunsch, Bereitschaft oder Motivation zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsleistungen verstanden (z.B. Spahn et al. 2002, Panagl et al. 2002, Pouget-Schors/Degner 2002) und in vollstandardisierten Befragungen anhand angebotsbezogener Kategorien quantitativ erfasst. Im "Postpartum Support Questionnaire" (PSQ) sind dies beispielsweise die vier Kategorien "informational", "material", "emotional" und "comparison support" (Logsdon et al. 1996, Davis et al. 1996, Logsdon/Usui 2006). Im Fragebogen "Family Needs Survey" (deutsche Kurzform, vgl. Sarimski 1996: 98) werden Informations-, Unterstützungs-, Vermittlungs- und Beratungsbedürfnisse unterschieden. Für psychoonkologische Fragestellungen nennen Pouget-Schors und Degner (2002: 31) die Kategorien Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf.

2.7.4.2 Erfassung der Fremdbeurteilung

Als Fremdurteile werden in dieser Studie ausschließlich Expertenurteile berücksichtigt. Expertenurteile wären in fachlich beurteilten und wissenschaftlich bestätigten Bedarf zu unterscheiden (vgl. Abb. 1). Da sich eine solche Unterteilung allerdings weder in den Ausführungen von Schwefel und Kollegen (1978) noch in jenen von Stöcklin und Lucius-Hoene (1988) findet, wird in diesem Abschnitt auf weitere Differenzierungen verzichtet. Populationsbezogene Methoden zur indirekten (d.h. kriterien- bzw. indikatorengestützten) Erfassung fremddefinierten Bedarfs werden jedoch kurz charakterisiert:

**Tabelle 14: Need assessment (Expertenurteil)
(nach Schwefel et al. 1978)**

Methode	Charakteristik
Verteilungsmethoden	... orientieren sich an (der Norm) der Gleichverteilung gesundheitsbezogener Leistungen für die Bevölkerung und ergeben nach Bradshaw (1972) den komparativen Bedarf. Aufgrund des vorgenommenen Vergleichs eines festgestellten Zustandes mit einer gesetzten Norm könnte dieser Bedarf durchaus auch als Sonderform des normativen Bedarfs bezeichnet werden.
Morbiditätsmethoden	... nutzen entweder populationsbezogene oder individuumsbezogene Angaben zum Krankheits- bzw. Gesundheitszustand als Bedarfsindikatoren. Grundlage sind häufig ICD-Kriterien (vgl. WHO 1978) oder andere Bezugsgrößen. "Die Vorstellung eines fachlich definierten Bedarfs bezieht sich immer auf irgendeine Definition der Zustandserhaltung [...]. Der Fachmann definiert ein bestimmtes Befinden seines Klienten und seiner Umwelt als den 'gesunden Zustand', an dessen Erhaltung er berufsmäßig interessiert ist." (Boulding 1978: 28). Da ein Vergleich mit Normen stattfindet, könnte hier ebenfalls von normativem Bedarf nach Bradshaw (1972) gesprochen werden.
Effektivitätsmethoden	... beziehen sich auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Versorgung. Voraussetzung ist eine präzise Zielfestlegung.

Die Morbiditätsmethode wird relativ häufig genutzt - sowohl populations- als auch individuumsbezogene Bedarfsfeststellungen erfolgen aufgrund eines erhöhten (selbst- oder fremdbeurteilten) Belastungsausmaßes. Ein Beispiel für eine solche fachliche Bestimmung des psychologischen Unterstützungsbedarfs auf neonatologischen Intensivtherapiestationen wird von Panagl und Kollegen (2002) vorgestellt. Ein Beispiel für die fachliche Bestimmung des psychosozialen Betreuungsbedarfs anhand des psychosozialen Belastungsgrades wäre eine Untersuchung von Spahn und Kollegen (2002) zur Situation von Eltern hörgeräteversorgter Kinder. Für die Psychoonkologie wären der "Hornheider Fragebogen" beziehungsweise das "Hornheide-Graz-Screening-Instrument" (Strittmatter et al. 1998, 2002) zu nennen: Hier wird der psychosoziale Betreuungsbedarf mit "über Schwelle belastet" auf acht Belastungsdimensionen operationalisiert, welche im Anschluss der Zuordnung evaluierter Interventionsformen dienen. Auch Fritzsche und Kollegen (2004, 2007) nutzten unter anderem selbst- und fremdeingeschätzte Belastungen zur Erfassung psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs. Zur Prävention posttraumatischer Störungen bei Brustkrebs entstand der Kurzfragebogen "Breast Cancer Psychosocial Assessment Screening Scale" (BC-PASS) mit nur acht Items (Isermann et al. 2006), welcher

unter anderem die Skala "Emotionale Stressreaktion" enthält. Zur Fremdbeurteilung im Bereich der (Psycho-)Kardiologie wurde das "Lübecker Interview zum psychosozialen Screening (LIPS)" entwickelt (Benninghoven et al. 2003).

Direkte Erfassungen von Fremdurteilen sind ebenfalls möglich. Für die von Royse und Drude (1982: 100) als impressionistischer oder subjektiver Zugang bezeichnete Methode werden - allerdings oft nicht repräsentative - Aussagen und Stellungnahmen von Schlüsselpersonen oder Interessenvertretern erhoben. Eine Direkterhebung des fremdbeurteilten Bedarfs kann auch mittels der Delphi-Methode (Aichholzer 2005) erfolgen, welche einer systematischen Nutzung vorhandenen Expertenwissens beispielsweise bei der Erhebung psychoonkologischen Versorgungsbedarfs dienen kann (Weis et al. 1998).

Die im Ergebnis der Literaturanalyse erarbeiteten Wege der Bedarfserfassung werden in der folgenden Grafik noch einmal in übersichtlicher Form zusammengestellt:

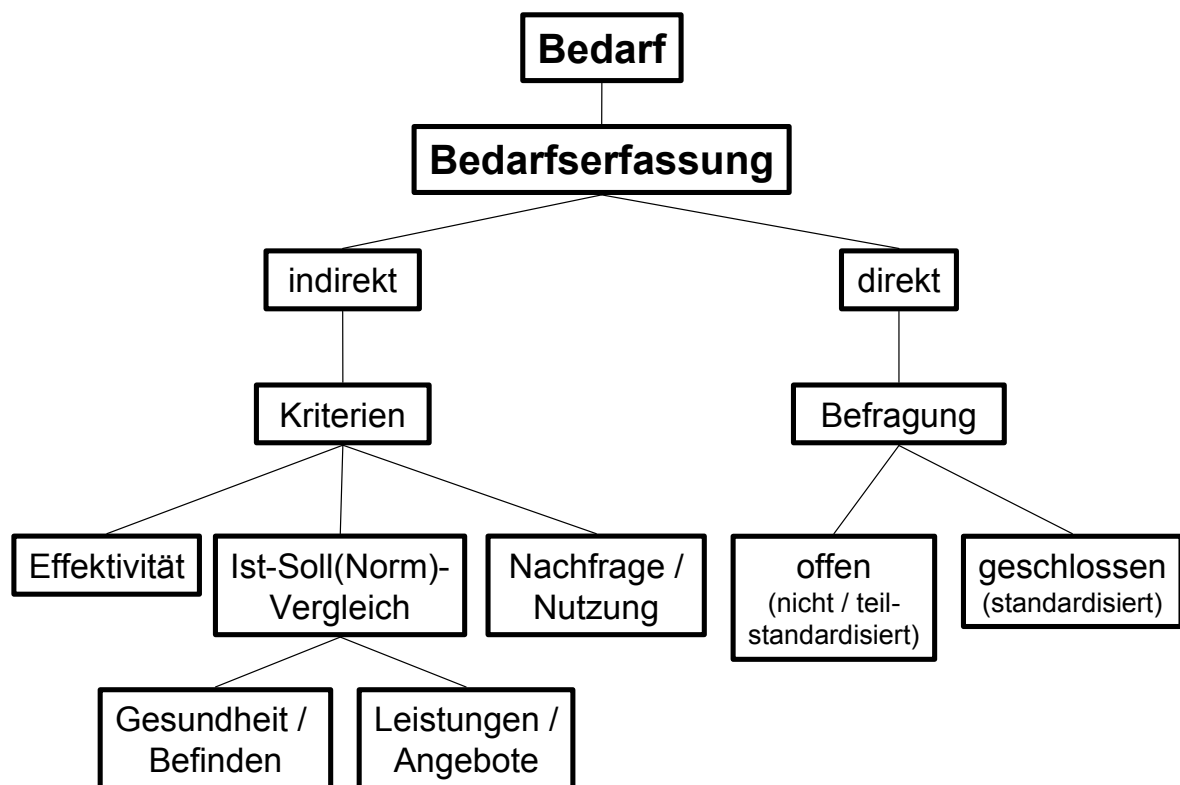


Abbildung 3: Methoden zur Bedarfserfassung

Die vorgestellten methodischen Überlegungen werden im zweiten Teil der Schrift erneut aufgegriffen und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Untersuchung der Forschungsfrage diskutiert.

3. Forschungsstand

Im dritten Kapitel wird ein Überblick über jene Studien gegeben, die sich im engeren Sinne auf die Fragestellung dieser Untersuchung beziehen und den gegenwärtigen Stand der Forschung kennzeichnen. Die Angaben wurden teilweise vor Beginn, teilweise parallel und teilweise im Anschluss an die empirische Untersuchung zusammengetragen. Die Auswahl der Darstellungen erfolgte unter Bezug auf die bereits vorgestellten Aspekte des Bedarfsbegriffs. Das folgende Kapitel enthält sowohl inhaltliche als auch methodische Anmerkungen, um die Aussagekraft der vorliegenden Studien beurteilen zu können. Auf diese Vorarbeiten wird im zweiten Teil der Schrift zurückgegriffen.

Das Kapitel besteht aus vier Abschnitten:

Der erste Abschnitt (3.1) dient der thematischen Einführung. Hier werden unter anderem Erkenntnisse über den Unterstützungsbedarf Angehöriger aus verwandten Praxisfeldern vorgestellt.

Im zweiten Abschnitt (3.2) finden sich Angaben zum elterlichen Unterstützungsbedarf im neonatologischen Untersuchungsfeld. Diese wurden sowohl nach Perspektiven als auch nach qualitativen und quantitativen Aussagen geordnet.

Der dritte Abschnitt (3.3) gibt Auskunft über bereits vorliegende Studienergebnisse und Argumentationen zur Abhängigkeit des Bedarfs von verschiedenen Faktoren.

Im vierten Abschnitt (3.4) werden schließlich Kriterien und Methoden zur Bedarfsfeststellung thematisiert. Da diese in genereller Form bereits im zweiten Kapitel erläutert wurden, werden sie hier vor allem im Hinblick auf die individuumsbezogene Bedarfsfeststellung im neonatologischen Praxisfeld diskutiert.

3.1 Einführung

Die vorliegende Publikation ist dem Themenbereich der professionellen Elternarbeit zuzuordnen. Die Untersuchung kann zugleich zur Bedarfsforschung als einem Teilgebiet der Versorgungsforschung (Input-Forschung) gezählt werden (Pfaff 2003) oder auch zur so genannten Angehörigenforschung (Jungbauer 2005), da sie sich auf Angehörige stationär versorgter Patienten bezieht (vgl. Kuhlmann 2002). Deutschsprachige Studien zum Bedarf von Angehörigen erfassten die hier untersuchte Gruppe bislang selten. Sie betrafen zum Beispiel psychiatrisch oder neurologisch versorgte, erwachsene Patienten. So analysierten Jungbauer und Kollegen (2002) den Unterstützungsbedarf von Partnern schizophrener Patienten; Gründel und Mitarbeiter (2001) untersuchten den Unterstützungsbedarf von Angehörigen während der stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Studien zu elterlichen Bedürfnissen bezogen sich oft auf Eltern älterer Kinder, beispielsweise auf Eltern von Kindern mit Behinderungen (Plaute/Westling 1996). Sie belegen eine Bedarfsvielfalt, insbesondere aber ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Informationen über die Behinderung des Kindes sowie Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten (Sarimski 1996: 98). Erwartungen von Eltern zu früh geborener Kinder an die Frühförderung bestehen unter anderem in komplexen Wünschen nach Informationen, Erklärungen, Anleitungen und Anregungen (Heinen/Wigger-Toelstede 1999). Weiterhin werden Gesprächsgelegenheiten und Austausch mit anderen Eltern benötigt sowie Anschauung, Orientierungsmöglichkeiten, Zukunftsperspektiven, Kenntnisse über vorhandene Angebote, Zeit und Ruhe.

Nicht-deutschsprachige Studien bezogen sich ebenfalls überwiegend auf Angehörige erwachsener Patienten (z.B. Kosco/Warren 2000, vgl. Ward 2001: 281f). Hoffnung, der Erhalt zutreffender, ehrlicher Informationen und das Gefühl, das Personal Sorge sich um den Patienten, waren vorrangige Themen in einer frühen, deskriptiven Studie von Molter (1979). Hierauf aufbauend entstanden verschiedene Fragebögen für Bedarfserhebungen auf Intensivtherapiestationen, beispielsweise 1986 in Texas ein Bogen mit 30 Items (Norris/Grove 1986). Weiterhin entwickelte Leske (1986, 1991) das Instrument "Critical Care Family Needs Inventory" (CCFNI) mit insgesamt 45 Items auf fünf Dimensionen (support, information, comfort, assurance, proximity). Eine Übersetzung des CCFNI ins Deutsche wurde von Kuhlmann (2002) angefertigt.

Eine kanadische Studie offenbarte sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten im Bedarf von Angehörigen intensivmedizinisch versorgter Patienten in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (Jacono et al. 1990). Alle Angehörigen wünschten sich jedoch vorrangig klare, ehrliche und verständliche Informationen (vgl. auch Kuhlmann 2002). Eine Literaturanalyse zu familiären Bedürfnissen bei anhaltender Erkrankung des Kindes legten kürzlich Hallström und Elander (2007) vor.

**Tabelle 15: Familiäre Bedürfnisse bei langer Erkrankung des Kindes
(nach Hallström/Elander 2007)**

Hauptkategorien	Subkategorien
Optimizing the child's health, recovery to health, and development	Need for participation and cooperation Need for communication Need for control Need for competence
Support for the family to relieve the situation and help them to cope	Need for support from family members Need for support from health care and social authorities Need for support from friends, other parents and religion Need for a supporting physical environment
Support to make the family maintain family functions and stability	Need for an overall social system Need for well-functioning organizations Need for specific contributions from society
Having personal needs satisfied	Need for confirmation Need for time on their own

Übersichten über Studien speziell zur pädiatrischen Versorgung finden sich zum Beispiel bei Noyes (1998), Ward (2001: 282) und Aldridge (2005). Kasper und Nyamathi (1988) unterschieden körperliche, psychische und soziale Bedürfnisse und führten während des Aufenthalts auf pädiatrischen Intensivtherapiestationen (PICU) in Kalifornien 15 teilstrukturierte Elterninterviews. Deren inhaltsanalytische Auswertung ergab insgesamt 280 Bedürfnisse (hiervon 58% "psychologic needs"). Am häufigsten wünschten die befragten Eltern das Zusammensein mit dem Kind sowie wiederholte, genaue und wahrheitsgemäße Informationen über den kindlichen Zustand (1988: 578).

Im US-Bundesstaat Tennessee führten Able-Boone und Kollegen (1989) 105 teil-standardisierte Interviews mit Ärzten und Schwestern sowie (retrospektiv) mit Vätern und Müttern zu den Themen Entscheidungsfindung und Kommunikation in der intensivmedizinischen Versorgung chronisch kranker Kinder. Durch inhaltsanalytische Auswertung erstellten sie beschreibende Kategorien und hoben vor allem die hohe Relevanz kindbezogener Information hervor. Mangelhafte und unverständliche Informationen würden elterliche Ängste erhöhen (1989: 140).

Mit modifizierten Formen des CCFNI untersuchten Kirschbaum (1990) und Fisher (1994) elterliche Bedürfnisse auf pädiatrischen Intensivtherapiestationen (PICU) in den USA. Kirschbaums Befragung von 41 Eltern (53 Items) ergab, dass diese vor allem Kenntnis der medizinischen Behandlung, Hoffnung und die Sicherheit der bestmöglichen Versorgung benötigten. Die Prognose und exakte Behandlung zu kennen sowie ehrliche Antworten auf ihre Fragen zu erhalten, war den Eltern ebenfalls äußerst wichtig. Auch in Fishers Studie (59+1 Items) bezogen sich vier der fünf wichtigsten Bedürfnisse auf Informationen (z.B. "knowing the prognosis"), das fünfte auf Hoffnung. Farrell und Frost (1992) entwickelten in England einen gleichfalls auf Molters Arbeiten (1979) aufbauenden, 32 Items umfassen-

den Fragebogen. Die von ihnen auf einer kardiologisch ausgerichteten "PICU" befragten Eltern von 27 Kindern wünschten vor allem genaue, umfassende und verständliche kind-bezogene Informationen, Angstreduktion, Gespräche mit dem Behandlungsteam, Einbezug in die Entscheidungsfindung und das Zusammensein mit dem Kind. Persönliche Bedürfnisse wurden demgegenüber als weniger wichtig beurteilt (1992: 137f).

Für nicht-intensivtherapeutische pädiatrische Stationen führte Kristjánsdóttir (1991) sowohl eine Literaturanalyse als auch informelle Interviews mit Eltern und Professionellen in den USA durch. Eine hieraus erstellte Liste elterlicher Bedürfnisse mit 43 Aussagen in sechs Bereichen nutzte sie später für Befragungen von 12 Vätern und 22 Müttern in Island.

- (1) to trust
- (2) information
- (3) other family members
- (4) to be trusted
- (5) human and physical resources
- (6) support and guidance

Die 24 Eltern 2- bis 6-jähriger, stationär versorgter Kinder ordneten die vorgelegten Items nach deren Priorität (siehe Übersicht; Kristjánsdóttir 1995). Elternbezogene Bedürfnisse wurden als weniger wichtig als kindbezogene Wünsche eingestuft (1995: 100). Ähnliche Ergebnisse fand auch Bragadóttir mit demselben Fragebogen bei 32 Eltern 2- bis 12-jähriger Kinder in Island (1999). Shields und Mitarbeiterinnen bringen den hohen Rang von "trust" in Verbindung mit dem Bedürfnis nach Sicherheit und emotionaler Unterstützung (2004: 27).

Aldridge (2005) berücksichtigte in der Zusammenfassung seiner Literaturanalyse zu den elterlichen Bedürfnissen in der intensivmedizinischen pädiatrischen Versorgung die von Ward (2001) formulierte Empfehlung, zwischen "parental stressors" und "needs" zu unterscheiden. Hier die resultierende Aufstellung elterlicher Bedürfnisse:

**Tabelle 16: Summary of parental needs in the pediatric intensive care unit
(nach Aldridge 2005: 41)**

Information / illness progression	Knowing the prognosis Knowing why things were being done Having questions answered honestly Being called at home when the child's condition changes Knowing about equipment and tubes being used for the child Feeling that there is hope
Being a parent to the child	Knowing the child is comfortable Participating in the child's care in any way possible Feeling that the child is getting the best care and the staff care about the child
Access to the child	Being able to be with the child at all times Being able to see the child frequently without limitations on visiting hours Being able to stay with the child during procedures
Physical needs	Having food and drink available nearby Having a place to rest that is near the intensive care unit

Perspektivenvergleichende Untersuchungen sowie Angaben zum Unterstützungsbedarf im neonatologischen Praxisfeld werden im Abschnitt 3.2 zusammengefasst.

3.2 Unterstützungsbedarf in der Neonatologie

Elterlicher Unterstützungsbedarf während der stationären neonatologischen Versorgung wurde in deutschsprachigen Publikationen bislang nur vereinzelt (z.B. Panagl et al. 2002) und in unsystematischer Form beschrieben. Für die qualitative Bedarfsbeschreibung von verschiedenen Autoren verwendete, relativ abstrakte Konzepte wurden im Abschnitt 2.6 benannt. Auf konkreterer Ebene wird der Unterstützungsbedarf mit Konzepten wie Vertrauen, Sicherheit, Kontinuität, Gespräche, Information, Betreuung oder Hilfe beschrieben, welche eine unterschiedliche begriffliche Reichweite aufweisen und in vielfältigen Beziehungen zueinander stehen (vgl. z.B. Sarimski 2002: 66ff). Manning fasst elterliche Bedürfnisse und Erwartungen nach einer Literaturanalyse folgendermaßen zusammen: "the need for recognition and support of the parental role; the need for adequate information and communication; the expectation that staff will care; and the expectation that staff will demonstrate competence in their practice." (2006: 18f). Weitere relevante Ergebnisse überwiegend englischsprachig publizierter Untersuchungen werden nun - nach Perspektiven getrennt - im Überblick vorgestellt.

3.2.1 Selbstbeurteilung

Bass (1991) bildete durch inhaltsanalytische Auswertung qualitativer Elterninterviews auf intensivmedizinischen Stationen (NICU) insgesamt 13 Kategorien. Als vorrangig beurteilt wurden "information", "person-related support", "attachment / parenting", "physical support", "spiritual support" und "staff support" (nach Conner/Nelson 1999). Die genannten Kategorien bezeichnen teilweise Unterstützungsmethoden, teilweise aber auch Unterstützungsquellen. In einer kanadischen Studie untersuchte McKim (1993) die Informations- und Unterstützungsbedürfnisse von 56 Müttern zu früh geborener Kinder mit einem eigens hierfür entwickelten Fragebogen und stellte bei Müttern mit unerfüllten Informationswünschen erhöhte Ängstlichkeit fest. Harrison beschrieb in einem ebenfalls 1993 publizierten Artikel die Bedürfnislage aus Elternsicht. Zentrale Themenbereiche waren die Kommunikation zwischen Team und Eltern, der Zugang zu und der Umgang mit Informationen, elterliche Entscheidungsbefugnisse, Schmerzmanagement, Gestaltung der Räumlichkeiten ("NICU environment"), Behandlungseffektivität, Eltern- und Familienbeteiligung, Qualifikationen des Klinikpersonals sowie Vor- und Nachsorge. Weiterhin wurden Unterstützung beim Aufbau von Elterngruppen und -netzwerken und Kontakt zu bereits erfahrenen Eltern zu früh geborener Kinder gewünscht.

Eine von Conner und Nelson (1999) durchgeführte Literaturanalyse ergab folgende, alphabetisch geordnete Liste familiärer Bedürfnisse bei stationärer neonatologischer Versorgung, welche auf zwei Abstraktionsniveaus ausdifferenziert wurde:

Tabelle 17: Familiäre Bedürfnisse (nach Conner/Nelson 1999: 340)

Konzept	Teil-Konzept	Konzept	Teil-Konzept
Assurance	Trust Confidence in care	Follow-up care	Long term follow up Hearing evaluation
Caring	Interpersonal relationships	Pain management	--
Communication	Information giving Guidance / Preparedness	Participation	Decision-making Involvement in care Parent roles
Consistent information	Consistency in care	Proximity	Attachment needs Closeness
Education	--	Support	Emotional Physical Spiritual
Environment	Conducive to families, Privacy		

Die Kategorie "support" umfasst hier nur Teilaspekte des im Abschnitt 2.6 vorgestellten Konzepts "social support". Dies erklärt auch die von verschiedenen Autoren mittels standardisierter Befragungen erfasste Prioritätensetzung. Bereits Jacono und Mitarbeiter (1990) stellten als vorrangigen Wunsch fest, Erklärungen in verständlicher Form zu erhalten. Spätere Erhebungen erfolgten unter anderem mit dem Instrument "NICU Family Needs Inventory", welches von Ward (2001) durch erneute Modifikation des erwähnten Fragebogens CCFNI erstellt wurde und insgesamt 56 Items auf 5 Skalen umfasst (Ward 2001, Nicholas 2006). Die im US-Bundesstaat Oklahoma befragten 42 Mütter und 10 Väter sprachen den Items der Skalen "assurance" und "information" die höchste, "support" dagegen die unerwartet geringste Priorität zu (Ward 2001). Ähnliches fand auch Nicholas (2006) bei der Befragung von 46 Müttern in Maryland (USA):

**Tabelle 18: Die zehn mit höchster Priorität beurteilten Items
(nach Nicholas 2006: 80, 118ff)**

Nr.	Item	Skala
5	To have questions about my infant answered honestly.	Assurance
48	To know, how my infant is being treated medically.	Information
39	To see my infant frequently.	Proximity
14	To be assured that the best care possible is being given to my infant.	Assurance
3	To be able to visit at any time.	Proximity
1	To know the expected outcome for my infant.	Assurance
56	To see that the NICU staff provide comfort to my infant, such as giving my infant a pacifier, using blankets to support my infant's body, and talking softly to my infant.	Comfort
52	To know that my infant is being handled gently by healthcare providers.	Assurance
49	To be called at home about important changes in my infant's condition.	Proximity
48	To know why things were done for my infant.	Information

Zeitparallel zu den Arbeiten von Ward untersuchten Cox und Bialoskurski in England Kommunikation und Bindungsentwicklung auf neonatologischen Intensivtherapiestationen (2001). Die britische Arbeitsgruppe erhob sowohl qualitative als auch quantitative Daten und erstellte unter anderem eine modifizierte (auf 39 Items reduzierte) Version des CCFNI, das Instrument "Critical Care Maternal Needs Inventory" (CCMNI, Bialoskurski et al. 2002). Die faktorenanalytisch in sechs Bereiche geteilten Bedürfnisse wurden von den befragten 209 Müttern nach Priorität gerankt. Für 99 Prozent der Mütter war der Erhalt kindbezogener Informationen von höchster Priorität; mütterliche Bedürfnisse wurden demgegenüber als nachrangig eingestuft (2001: 675) und zeigten keine hierarchische Ordnung, wie ursprünglich nach Maslow vermutet (Bialoskurski et al. 2002: 67).

- (1) information regarding the infant's status
- (2) communication support from professionals
- (3) maternal social support system
- (4) maternal priorities
- (5) maternal social needs
- (6) maternal emotional needs

3.2.2 Fremdbeurteilung

Fremdurteile können unter anderem aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Sicht entstehen. Fachliche Beurteilungen des elterlichen Unterstützungsbedarfs erfolgen anhand ausgewählter Kriterien. Wie die im Abschnitt 2.7.3 erwähnte, aus Österreich stammende Studie (Panagl et al. 2002: 373) zeigte, wird hierfür beispielsweise die Einschätzung der elterlichen emotionalen Belastungen durch das neonatologische Team herangezogen. Fachliche Urteile flossen auch in die Erstellung der oben genannten

Fragebögen ein. Zur Bedarfserfassung dienende fachliche Urteile wurden in den vorliegenden Studien oft über Direktbefragungen in Form von Interviews oder Fragebögen erhoben (z.B. Able-Boone et al. 1989, Jacono et al. 1990). Die Ergebnisse dieser Befragungen sind vor allem für vergleichende Untersuchungen aufschlussreich (Abschnitt 3.2.3).

Auch wissenschaftliche Urteile stützen sich auf Kriterien (Indikatoren) und erschließen den populationsbezogenen Umfang notwendiger Unterstützung in der Regel indirekt aus gesundheitsbezogenen Daten - dies entspricht den Methoden der Versorgungsforschung bei der Feststellung eines "objektiven Versorgungsbedarfs" für eine indikatorengestützt definierte Kranken- oder Risikopopulation (vgl. Abschnitt 2.7.4). In vielen Studien zum Untersuchungsfeld wird auf die (erhöhte) elterliche Belastung (vgl. Abschnitt 2.3) verwiesen; das Belastungskriterium wird damit sowohl für fachliche als auch für wissenschaftliche Urteile als Bedarfsindikator herangezogen. Selbstverständlich ist Belastung - trotz offensichtlicher Parallelen zum Vorgehen im Rahmen der Morbiditätsmethode (Schwefel et al. 1978) - nicht mit Morbidität gleichzusetzen; unter Umständen erfüllen definierte Veränderungen der Befindlichkeit in Folge einschneidender Lebensereignisse jedoch durchaus diagnostische Störungskriterien (z.B. einer Belastungs- und Anpassungsstörung nach ICD-10). So leitete beispielsweise Jotzo (2001, 2004) den elterlichen Bedarf an (präventiver) psychologischer Krisenintervention aus dem prozentualen Anteil der Eltern mit einem klinisch signifikanten Trauma zu verschiedenen Zeitpunkten nach der Frühgeburt ab. Dieses Vorgehen ermöglicht eine quantitative Bedarfsaussage und damit eine Angebotsplanung. Da es sich auf einen umgrenzten Ausschnitt von Unterstützungsleistungen bezieht, führt es jedoch nicht zur Beschreibung der vorhandenen Bedarfsvielfalt. Für die Bestimmung "subjektiven Bedarfs" nannten Schwefel und Kollegen (1978) die Anwendung der Nachfrage- und Nutzungsmethode, deren Vor- und Nachteile bereits diskutiert wurden. Eine Untersuchung zur elterlichen Inanspruchnahme sozial- und rehabilitationspädagogischer Unterstützungsleistungen im neonatologischen Praxisfeld wurde von Manczyk (2004) vorgelegt.

3.2.3 Perspektivenvergleich (Selbst- vs. Fremdbeurteilung)

Der elterliche Bedarf wurde nur in wenigen Studien aus mehreren Perspektiven erfasst. Im Hinblick auf berichtete Bedarfsarten fanden Able-Boone und Kollegen (1989, PICU) viele Übereinstimmungen zwischen den Angaben der Eltern und jenen der Klinikmitarbeiter(innen). Bialoskurski und Mitarbeiter (2002: 68) wiesen jedoch darauf hin, dass sich die mütterliche Wahrnehmung der Situation nicht notwendigerweise mit der Sicht der Schwestern decke, woraus zusätzlicher Stress resultieren könne. So entsprach der Umfang der von den Eltern selbst gewünschten Unterstützung mehrfach nicht dem von professioneller Seite wahrgenommenen Umfang. Da auch zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der elterlichen Belastung auf einer neonatologischen Intensivtherapiestation in Österreich nur geringe Übereinstimmung bestand, war auch hier der selbstbeurteilte Bedarf umfangreicher als der durch das Betreuungsteam beurteilte Bedarf (Panagl et al. 2002: 369). Die Autoren schließen daraus, dass "die subjektive Einschätzung durch das neonatologische Betreuungspersonal dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf von Eltern nicht gerecht werden" kann (2002: 374).

Für den Perspektivenvergleich in der intensivmedizinischen Versorgung erwachsener Patienten nutzen Norris und Grove einen Fragebogen mit 30 Items und stellten - wie andere Autoren zuvor - mehrere Unterschiede fest (1986: 198). Derselbe Fragebogen wurde, leicht modifiziert, auch für einen Perspektivenvergleich in Kanada genutzt (Jacono et al. 1990). In vielen erfragten Bereichen schätzten die Familienangehörigen ihren Bedarf selbst höher und teilweise auch anders als das Fachpersonal (hier: Krankenschwestern) ein. Auf neonatologischen Intensivtherapiestationen betraf dies vor allem den Wunsch nach klarer, ehrlicher Information (Jacono et al. 1990: 76). In einer irischen Untersuchung in der intensivmedizinischen Versorgung erwachsener Patienten waren ebenfalls nur mäßige Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdurteilen erkennbar (Quinn et al. 1996 a, b). Auch in einer ähnlichen, kalifornischen Untersuchung (Maxwell et al. 2007) beurteilten die befragten Familienmitglieder einen großen Teil der ihnen vorgelegten Items als wichtiger als die befragten Klinikmitarbeiter (Krankenschwestern).

Für perspektivenvergleichende Untersuchungen in der pädiatrischen, intensivmedizinischen Versorgung setzte Scott (1998) in den USA den von Kirschbaum (1990) für die Pädiatrie modifizierten Fragebogen CCFNI ein. Sie stellte fest, dass beide Beurteilergruppen "information", "assurance" und "proximity" als wichtiger als "support" und "comfort" beurteilten und fand damit Übereinstimmungen mit früheren Untersuchungen. Allerdings zeigte sich im Gruppenvergleich, dass die Bedeutung ("importance") dieser Bedürfnisse von fachlicher Seite wiederum als geringer als von elterlicher Seite eingeschätzt wurde.

Für den Perspektivenvergleich in der nicht-intensivmedizinischen pädiatrischen Versorgung in Schweden (Shields et al. 2003) und Großbritannien (Shields et al. 2004) wurde der von Kristjánsdóttir 1995 erstellte Bogen leicht modifiziert. Neben einigen Differenzen, welche von der Arbeitsgruppe auf kulturelle Unterschiede zurückgeführt werden, beurteilten sich die Eltern in beiden Studien selbst als weniger von professioneller Unterstützung abhängig als im Fremdurteil (2004: 26f). In Schweden schätzte die befragte Gruppe der 132 Klinikmitarbeiter etwa die Hälfte der vorgelegten Items als wichtiger ein als die Gruppe der 115 Eltern (Shields et al. 2003: 180f). In England hielten die 73 Klinikmitarbeiter(innen) alle vorgelegten Items für relevant, während die Elterngruppe (N=85) ein Drittel der Items als nicht relevant einschätzte (Shields et al. 2004: 26). Informationsbezogene Bedürfnisse wurden von den Mitarbeiter(innen) allerdings (relativ) unterschätzt, wie die von britischen Eltern und Mitarbeitern (MA) erfragte, prioritätsbezogene Reihung der sechs Bedarfskategorien zeigt:

Tabelle 19: Bedarfshierarchie (nach Shields et al. 2004: 22)

Ranking (Eltern / MA)	Bedarfskategorie (NPQ)	Item- Anzahl
1. / 1.	The (parents') need to trust (A)	2
3. / 2.	The need to be trusted (B)	4
2. / 4.	The need for information (C)	10
6. / 6.	The need for support and guidance (D)	12
5. / 5.	Needs related to human and physical resources (E)	14
4. / 3.	Needs related to the ill child and other family members (F)	8

Erklärungen, insbesondere für die Unterschiede der Bedarfseinschätzungen, wurden nur von wenigen Autoren (s.o.) angegeben.

3.3 Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs

Im Abschnitt 2.7 wurde auf konzeptueller Ebene erläutert, dass ein Bedarf von verschiedenen Faktoren abhängt. Welche Faktoren in dem hier untersuchten neonatologischen Feld relevant sein können, wurde durch eine Literaturanalyse erkundet und wird nachfolgend dargestellt.

3.3.1 Personelle Faktoren / Perspektive

In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass Bedarfsbeschreibungen von der jeweiligen Urteilsperspektive abhängen. Deshalb wurden bislang vor allem Selbst- und Fremdurteile unterschieden sowie im Abschnitt 3.2.3 gruppenvergleichende Studien vorgestellt. Perspektivenabhängigkeit bedeutet jedoch auch, dass Bedarfsbeschreibungen letztlich von den Merkmalen jeder urteilenden Einzelperson abhängen können.

3.3.1.1 Professionelle

Hinweise auf die Abhängigkeit des fachlichen Urteils von der (einzelnen) beurteilenden Person finden sich beispielsweise im psychoonkologischen Praxisfeld: Schwarz machte darauf aufmerksam, dass der (Betreuungs-)Bedarf "letztlich von der Treffsicherheit des Angebotes abhängt" und deshalb "von der Ausbildung, dem Spürsinn und dem aktiven Engagement des Betreuers maßgeblich determiniert und gesteuert wird." (1990: 127). Strittmatter (1998) nannte "Einfühlungsvermögen und Erfahrungsschatz" (vgl. Abschnitt 2.7). Eine mit dem (auf 42 Items reduzierten) CCFNI in Norwegen durchgeführte Studie zum Vergleich fachlicher Bedarfseinschätzungen in der intensivmedizinischen Versorgung erwachsener Patienten (ICU) zeigte eine Abhängigkeit der Urteile von der befragten Berufsgruppe, von persönlicher und beruflicher Erfahrung sowie vom Alter und Geschlecht. So hielten die befragten Schwestern "attentiveness and assurance" für wichtiger als Ärzte. Ältere Mediziner sowie Ärzte mit der Erfahrung, selbst bereits Patient oder Angehöriger in der intensivmedizinischen Versorgung gewesen zu sein, beurteilten "information and predictability" als signifikant wichtiger als Ärzte ohne diese Erfahrung. Weibliche schätzten im Vergleich zu männlichen Mitarbeitern alle vier in dieser Studie relevanten Faktoren als wichtiger ein (Takman/Severinsson 2005).

Eine auf die stationäre pädiatrische Versorgung bezogene englische Studie ergab einige berufsgruppenspezifische Einflüsse auf die Einschätzung der Bedarfsdeckung und der elterlichen Unabhängigkeit (Shields et al. 2004: 22). Anhaltspunkte für den Einfluss kultureller Faktoren auf fachliche Bedarfseinschätzungen fanden sich in kulturvergleichenden Studien (Shields et al. 2003: 177f).

Ein indirekter Hinweis auf die Abhängigkeit des selbstbeurteilten elterlichen Bedarfs von Merkmalen Professioneller findet sich bei Norris und Grove (1986: 199): Die Schwester (nurse) als Kontextvariable beeinflusse die familiären Bemühungen während der intensivmedizinischen Versorgung Erwachsener.

3.3.1.2 Eltern

Als individuelle Einflussfaktoren auf familiäre Bemühungen während der intensivmedizinischen Versorgung Erwachsener nannten Norris und Grove die Wahrnehmung des Ereignisses durch den Patienten selbst und die Copingmechanismen (1986: 199). Sarimski führte die Bewältigungsversuche der Eltern sowie ihre subjektive Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung während der stationären Zeit auf (2000: 75). Die Autoren Heinen und Wigger-Toelstede (1999: 60) sowie Bialoskurski und Mitarbeiter (2002: 67) wiesen in allgemeiner Form darauf hin, dass elterliche Merkmale den selbstbeurteilten Bedarf beeinflussen. In der intensivmedizinischen neonatologischen Versorgung stellten Affleck und Mitarbeiter jedoch keinen Zusammenhang zwischen grundlegenden mütterlichen Variablen wie Alter, Bildung, Familienstand und Kultur und selbstbeurteiltem Bedarfsumfang fest. Allerdings korrelierte die Höhe der mütterlichen Belastung zum Entlassungszeitpunkt mit der Höhe des Unterstützungsbedarfs (1991: 18f, 91f). Weitere Studienergebnisse werden im Folgenden einzeln vorgestellt.

- Geschlecht

Hinweise auf die Geschlechtsabhängigkeit des Bedarfs ergaben sich aus Befragungen auf pädiatrischen Intensivtherapiestationen in den USA. In Kirschbaums Studie (N=41) zeigten sich Korrelationen zwischen Geschlecht und Rangreihenfolge (1990: 349). Fisher fand, dass die Gruppe der befragten 15 Mütter 52 von 59 Items als im Mittel wichtiger beurteilte als die Gruppe der 15 Väter (1994: 86, 88). Fisher stellt dies in einen Zusammenhang mit anderenorts festgestellten höheren Stress- und Angstwerten bei Müttern sowie mit sozialisationsbedingten Rollenaufteilungen. Auf nicht-intensivtherapeutischen pädiatrischen Stationen in Island fand Kristjánsdóttir ebenfalls höhere Werte bei 22 Müttern im Vergleich zu 12 Vätern und führt dies ebenfalls auf genderspezifische Rollen zurück (1995: 99, 101). Die Relevanzbewertung ("importance") stand in der englischen Studie (Shields et al. 2004) nicht in Abhängigkeit vom Geschlecht der Eltern, wohl aber die Einschätzung, ob den jeweiligen Bedürfnissen entsprochen wurde ("fulfilment") - allerdings waren Väter nur zu sieben Prozent in dieser Stichprobe vertreten. Bragadóttir meint nach Literaturrecherchen, dass das elterliche Geschlecht im pädiatrischen Feld der stärkste Einflussfaktor auf die elterlichen Bedürfnisse sei (1999: 205). Die von Ward auf neonatologischen Stationen befragte Gruppe von 42 Müttern beurteilte "assurance" und "information" ebenfalls als wichtiger als die Gruppe der befragten 10 Väter (2001: 283). Aufgrund der in den genannten Studien sehr kleinen Stichproben wären weitere Analysen wünschenswert.

- Alter

In Fishers Studie (1994: 85) wurden sowohl einige informationsbezogene Wünsche als auch das Bedürfnis nach Privatsphäre bei Besuchen von jüngeren Eltern (PICU) als wichtiger als von älteren Eltern eingestuft. Kristjánsdóttir sah keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bedürfnissen jüngerer und älterer Eltern (1995: 101). In Bragadóttirs Untersuchung stand das Alter im Zusammenhang mit der Einschätzung, in welchem Ausmaß die Bedürfnisse gedeckt waren (1999: 204). Shields und

Mitarbeiter (2004: 25) stellten für jüngere Eltern bei nur einem (kontinuitätsbezogenen) Item einen höheren Bedarf fest. In einer auf die intensivmedizinische neonatologische Versorgung bezogenen US-amerikanischen Studie fand Nicholas (2006: 88, NICU) keine Altersabhängigkeit.

- Bildungsniveau / Sozialstatus

Entsprechend den im Abschnitt 2.7 vorgestellten theoretischen Grundlagen könnte auch der über das Einkommen definierte Sozialstatus ein relevanter Einflussfaktor sein. In den auf die pädiatrische Versorgung bezogenen isländischen und englischen Studien zeigte sich eine negative Korrelation zwischen dem elterlichen Bildungsniveau und der Selbsteinschätzung, in welchem Ausmaß die elterlichen Bedürfnisse gedeckt waren ("fulfilment-score"; Bragadóttir 1999: 204f, Shields et al. 2004: 22f). Nicholas stellte (2006: 88) fest, dass sich mit steigendem Einkommen (hoch mit dem Bildungsniveau korrelierend) auch der mütterliche Unterstützungsbedarf ("support needs") signifikant erhöhte.

- Wissen und Erfahrung

Die Abhängigkeit elterlicher Bedürfnisse von Wissen und Erfahrung umfasst auch das oben genannte elterliche Bildungsniveau und wird beispielsweise von Shields und Kollegen (2004: 29) erwähnt. Vorausgegangene Erfahrungen mit anderen Kindern gingen in einer (teilretrospektiven) kanadischen Studie zu mütterlichen Informations- und Unterstützungsbedürfnissen bei Frühgeburt mit geringerem mütterlichen Angstaussmaß und Informationsbedarf einher (McKim 1993: 239).

Kristjánsdóttir stellte leichte Unterschiede zwischen elterlichen Bedürfnissen in Abhängigkeit von der Kinderanzahl fest: Eltern mit mehreren Kindern beurteilten "to be trusted" als weniger wichtig, Eltern mit mehr als zwei Kindern "support and guidance" als wichtiger als andere Eltern. Dies führt die Autorin einerseits auf höheres elterliches Selbstvertrauen und andererseits auf umfangreichere familiäre Verpflichtungen zurück (1995: 101). Bestehende familiäre und berufliche Verpflichtungen sind nach Farrell und Frost (1992: 136f) im Übrigen auch Gründe für geringere (als selbst gewünschte) elterliche Besuchsfrequenzen.

- Kultur

Auch ein potenzieller Einfluss kultur- und migrationsspezifischer Erfahrungen auf elterliche Bedürfnisse wäre anzunehmen (vgl. Razum/Geiger 2003, Machul 2008). Nicholas (2006) stellte jedoch für die von ihr untersuchte Stichprobe keinen signifikanten Unterschied fest. Shields und Mitarbeiter gehen von einem Einfluss kultureller Faktoren auf den elterlichen Unterstützungsbedarf aus, weil bedarfsbezogene Untersuchungen während der stationären pädiatrischen Versorgung in verschiedenen Ländern teilweise unterschiedliche Ergebnisse ergaben (2003: 177f, 2004: 26). Ähnlich argumentiert auch Kuhlmann bezüglich der intensivmedizinischen Versorgung erwachsener Patienten (2002: 255).

- Entfernung zwischen Wohnort und Klinik

Für die pädiatrische Versorgung (PICU) erfuhren Farrell und Frost in England, dass die Entfernung einige Eltern daran hinderte, ihr Kind so oft zu besuchen, wie sie es wünschten (1992: 137). So wird nachvollziehbar, dass Bragadóttir auch in Island einen signifikanten Zusammenhang zwischen Entfernung und elterlicher Einschätzung der Bedürfnisdeckung ("fulfilment") fand (1999: 204).

3.3.2 Kindbezogene und situative Faktoren

Während Affleck und Mitarbeiter (1991: 18f, 91f) in der intensivmedizinischen neonatologischen Versorgung keinen Zusammenhang zwischen kindbezogenen Variablen wie Geschlecht, Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht, perinatale Komplikationen, Beatmungsdauer und Dauer der intensivmedizinischen Versorgung einerseits und selbstbeurteiltem mütterlichem Bedarfsumfang andererseits feststellten ("Arizona Social Support Questionnaire"), gibt es in anderen Untersuchungen einige Anhaltspunkte hierfür.

- Art der stationären Aufnahme ("mode of child's admission")

Auf pädiatrischen Intensivtherapiestationen in den USA zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Umstand, ob eine stationäre Aufnahme geplant oder ungeplant erfolgte, und elterlicher Prioritätensetzung (Kirschbaum 1990: 349). Auf pädiatrischen Stationen in England stand die Art der Aufnahme im Zusammenhang mit der Skala "fulfilment"; bei unvorhergesehener Aufnahme wurden einige Bedürfnisse häufiger als nicht gedeckt beurteilt (Shields 2004: 24).

- Reifegrad, Alter und Erkrankung des Kindes

Boukydis und Mitarbeiter fanden 1987 sowohl Parallelen als auch qualitative und quantitative Unterschiede zwischen der von den Eltern gesunder, zu früh geborener Kinder benötigten professionellen Unterstützung und den Bedürfnissen der Eltern reif geborener Kinder: Mütter zu früh geborener Kinder benötigen beispielsweise mehr kindbezogene Informationen über Gesundheit, Wachstum und Entwicklung sowie über Fütter-, Schlaf- und Schreip Probleme (nach McKim 1993: 235, 240). Nicholas (2006) stellte innerhalb einer neonatologischen Klinik (NICU) hingegen keine Abhängigkeit mütterlicher Bedürfnisse vom kindlichen Reifegrad und vom Geburtsgewicht fest.

Bei einer Elternbefragung (N=32) auf pädiatrischen Stationen in Island fand Bragadóttir (1999: 203) keine signifikanten Unterschiede in der Relevanz elterlicher Bedürfnisse in Abhängigkeit vom Alter des Kindes (2-12 Jahre).

Die (wahrgenommene) Schwere der kindlichen Erkrankung stand nicht im Zusammenhang mit der Relevanzsetzung elterlicher Bedürfnisse (N=34; Kristjánsdóttir 1995: 101). Sie korrelierte jedoch negativ mit der elterlichen Einschätzung der auf körperliche Pflegehandlungen bezogenen Bedürfnisdeckung (Bragadóttir 1999: 205). Nach Balling und McCubbin (2001) unterscheiden sich Eltern akut und chronisch kranker Kinder in ihren Bedürfnissen während des Klinikaufenthaltes. Eltern chronisch

kranker Kinder wünschen mehr Kontrolle und Einbeziehung in die Versorgung. Dies wird von den Autorinnen unter anderem auf die bereits vorhandenen Erfahrungen und Fähigkeiten zurückgeführt (2001: 116). Ebenfalls aufgrund vermutlich unterschiedlich gewichteter elterlicher Bedürfnisse schlossen Shields und Mitarbeiter (2004: 29) intensivmedizinische und neonatologische Stationen aus ihrer Studie aus.

- Länge des Klinikaufenthalts ("length of stay", Zeit)

Martinelli (1999) orientierte sein Modell sozialer Unterstützung für Eltern Frühgeborener an theoretischen Grundlagen zum Unterstützungskonzept. Er nahm an, dass aufgrund unterschiedlicher situativer Anforderungen zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Unterstützungsformen notwendig sind. Conner und Nelson (1999: 346) gaben nach Literaturanalysen an, dass Kommunikation und Information vor allem zu Beginn des Aufenthaltes, das Treffen von Entscheidungen während der folgenden, kritischen Zeit, und Anleitung und Schulung im letzten Abschnitt des stationären Aufenthaltes von besonderer Relevanz seien. Brazy und Kollegen (2001) untersuchten retrospektiv den Prozess, wie Eltern zu früh geborener Kinder vor dem Klinikaufenthalt, während der akuten Phase, während der "Genesungs"-Phase und nach der Entlassung in unterschiedlicher Weise Informationen gesammelt und Unterstützung erhalten hatten. Ward (2001) und Nicholas (2006) nahmen an, dass die von ihnen erfragten Prioritäten elterlicher Bedürfnisse zu späteren Befragungszeitpunkten anders gesetzt worden wären. Nicholas (2006) fand, dass die den Skalen "support" und "information" zugeordneten mütterlichen Bedürfnisse mit zunehmender Länge des Klinikaufenthaltes abnahmen.

Heermann und Mitarbeiterinnen werteten 15 offene Interviews mit Müttern (NICU) in den USA qualitativ aus und beschrieben einen mütterlichen Rollenwandlungsprozess anhand von vier Merkmalen: "(1) focus: from NICU to baby", "(2) ownership: from their baby to my baby", "(3) caregiving: from passive to active" und "(4) voice: from silence to advocacy" (2005).

Die Studie von Farrell und Frost (PICU) ergab, dass die Reihenfolge der als am wichtigsten beurteilten Bedürfnisse im Zusammenhang mit der stationären Aufenthaltsdauer stand und dass der elterliche Wunsch nach Partizipation an der Versorgung bei längerer Aufenthaltsdauer größer war (1992: 135, 138). Auch Fisher vermutet eine Abhängigkeit der Prioritätensetzung vom Befragungszeitpunkt (1994: 87). Für nicht-intensivmedizinische pädiatrische Stationen gibt Kristjánsdóttir nur geringe Zusammenhänge an. Einige Items wurden bei längerem Klinikaufenthalt (> 10 Tage) als wichtiger eingestuft, was die Autorin auf erhöhte situative Anforderungen zurückführt (1995: 101f). Bragadóttir fand positive Korrelationen der Aufenthaltsdauer mit der elterlichen Einschätzung, inwieweit den Wünschen nach prognosebezogenen Informationen und behandlungsbezogenen Entscheidungsbefugnissen entsprochen wurde (1999: 205).

Für die intensivmedizinische Versorgung erwachsener Patienten führten Jamerson und Mitarbeiter (1996) in den USA eine retrospektive, qualitative Studie durch. Die Erfahrungen der Angehörigen beschrieben sie als zirkulären Prozess mit den Bestandteilen "hovering", "information seeking", "tra-

cking" und "garnering resources" (1996). Kuhlmann kritisiert insgesamt jedoch einen Mangel an prozessbezogener Bedarfsforschung; in fast allen Studien würden die Bedürfnisse lediglich in den ersten Tagen und nur punktuell untersucht (2002: 254f).

Einige Aussagen der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Gesprächspartner(innen) zur Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs werden im zweiten Teil dieser Schrift (Abschnitt 7.7) vorgestellt und diskutiert.

3.4 Methoden zur fachlichen Bedarfsbestimmung

Neben den bisher erläuterten Kriterien und Methoden zur Gewinnung überwiegend populationsbezogener Aussagen (wissenschaftliche Bedarfsbestimmung) enthält die gesichtete Fachliteratur nur wenige Angaben zu den im Untersuchungsfeld verwendeten Kriterien und Methoden individuumsbezogener, fachlicher Bedarfsbestimmung.

Zur professionellen Feststellung des individuellen elterlichen Bedarfs an psychologischer Beratung empfiehlt Sarimski, ein psychologisches Erstgespräch mit allen Eltern sehr unreif geborener Kinder zu führen (2000: 75ff). Als Kriterien nennt er sowohl die elterlichen Bedürfnisse als auch Einschätzungen elterlicher Belastung beziehungsweise Stabilität, individueller Bewältigungsformen und der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Im Gespräch könnten elterliche Wahrnehmungen, Erwartungen, Stärken, Zweifel und ähnliche Aspekte thematisiert werden, wobei vor allem auf die Kohärenz der elterlichen Darstellungen zu achten sei.

Da diese Gespräche jedoch aufgrund mangelnder Ressourcen oft nicht durchgeführt werden könnten, empfehlen Sarimski und andere Autoren letztlich wieder eine Orientierung am elterlichen Belastungsniveau. Sarimski schlägt hierfür den Einsatz von Fragebögen (z.B. "Parental Stressor Scale" nach Miles 1991) vor. Deren Anwendung könne jedoch auf elterliche Ablehnung stoßen; zudem seien die elterlichen Selbsteinschätzungen durch Beobachtungen der Stationsmitarbeiter zur Elternbelastung zu ergänzen oder zu relativieren. In diesem Zusammenhang wäre nochmals darauf hinzuweisen, dass Pannagl und Mitarbeiter nur geringe Übereinstimmungen zwischen elterlichen und fachlichen Belastungsangaben feststellten. Die individuelle fachliche Bedarfsbeurteilung erfolgte vor allem über die Einschätzung der elterlichen emotionalen Belastung, orientierte sich - da dem Betreuungsteam die verschiedenen Faktoren, welche die elterliche Befindlichkeit beeinflussten, nicht immer bewusst waren - "eher an augenscheinlichen Faktoren wie dem medizinischen Zustand des Kindes" (2002: 374) und wurde nach Aussagen der Arbeitsgruppe dem Unterstützungsbedarf nicht gerecht. Das elterliche Belastungsausmaß war zudem zum Befragungszeitpunkt, "als das Kind bereits klinisch stabil war", vom kindlichen Gesundheitszustand unabhängig.

In anderen Praxisfeldern erfolgt die professionelle Bestimmung des individuellen Unterstützungsbedarfs ebenfalls zum Teil über standardisierte Methoden. Bereits im Abschnitt 2.7.4.2 wurden exemplarisch Fragebögen aus den Bereichen Psychoonkologie und Psychokardiologie genannt. Fritzsche und Kollegen (2004, 2007) nutzten neben belastungs- und bewältigungsbezogenen Fragebögen zum Beispiel den "Fragebogen zum Behandlungsbedarf" (FBB), fanden letztlich jedoch ebenfalls nur geringe bis mäßige Übereinstimmungen zwischen selbst- und fremdbeurteiltem Bedarf. Für Tumorpatienten stellten Pouget-Schors und Degner ein Screeninginstrument (PBD) in Form einer manual-basierten diagnostischen Checkliste vor (2002). Die genannten Fragebögen können aus verschiedenen Gründen (z.B. aufgrund ihres Umfangs) nicht für eine Bedarfserfassung im neonatologischen Untersuchungsfeld übernommen werden.

Insgesamt offenbart der aktuelle Forschungsstand zum Unterstützungsbedarf "frühgeborener" Eltern mangelnde Kenntnisse über die zur individuellen beziehungsweise fachlichen Bedarfsfeststellung tatsächlich genutzten Kriterien und Methoden. Die genannten standardisierten Methoden (Instrumente) erweisen sich darüber hinaus als (noch) recht unspezifisch und wenig aussagekräftig.

Hiermit endet das dritte Kapitel, welches der Vorstellung aktueller Forschungsbefunde zur Untersuchungsthematik diene. Im folgenden Kapitel werden Ziel und Fragestellung der Studie konkretisiert. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung zum ersten Teil dieser Schrift.

4. Ziele und Fragestellung dieser Studie

4.1 Ziele der Studie

Ziele von Bedarfsanalysen wurden in allgemeiner Form und auch in Bezug auf das neonatologische Untersuchungsfeld im Abschnitt 2.7.3 thematisiert. Die teilweise bereits das hier durchgeführte Forschungsprojekt betreffenden Angaben werden an dieser Stelle noch einmal ergänzt und zusammengefasst.

Zunächst ist festzuhalten, dass mit dieser Studie mehrere Ziele verfolgt werden. Ein Vergleich mit der von Flick (2000a: 257f) vorgenommenen Einteilung möglicher Zielsetzungen zeigt, dass es sich in erster Linie um eine beschreibende Studie handelt, die Ansätze der Theoriebildung einschließt. Ein Hauptziel ist es, den zur Begründung der Notwendigkeit elternzentrierter Angebote herangezogenen Begriff "Unterstützungsbedarf" inhaltlich zu strukturieren und konzeptuell zu schärfen. Theoretische und empirische Teile der Arbeit sollen daher beispielsweise unter Beachtung der Möglichkeit (und Notwendigkeit) einer Unterscheidung zwischen verschiedenen Beurteilungsperspektiven entstehen. Der Überblick über zentrale Aspekte der Thematik soll erweitert und der Untersuchungsgegenstand durch Wiedergabe herstellbarer Theoriebezüge in die Fachdiskussion eingebunden werden.

Eine Analyse vorhandener Publikationen zur Beschreibung elterlichen Unterstützungsbedarfs in der Neonatologie soll darüber hinaus den aktuellen Forschungsstand dokumentieren und dient zugleich zur Begründung der Notwendigkeit einer eigenen Untersuchung. Die empirische Erhebung in deutschsprachigen Kliniken soll einen Überblick über den aus verschiedenen Blickwinkeln beurteilten elterlichen Unterstützungsbedarf erbringen. Sie soll auch dazu beitragen, das vorhandene bedarfsbezogene professionelle Wissen, welches aus den Erfahrungen mit einer Vielzahl individueller Einzelfälle stammt, zu systematisieren und damit für das Praxisfeld besser nutzbar zu machen. Die angestrebte Deskription bezieht sich vornehmlich auf qualitative Aspekte, kann jedoch durch Angaben zu weiteren relevanten Bedarfsaspekten ergänzt werden.

Die Studienergebnisse sollen dazu beitragen, im Untersuchungsfeld tätige Professionelle für die Beschreibungsaspekte elterlichen Unterstützungsbedarfs zu sensibilisieren und die Qualität fachlicher Reflexion und Kommunikation zur Thematik zu erhöhen. Bedarfsanalysen können nicht nur Hinweise auf verschiedene elterliche Unterstützungsbedürfnisse, sondern unter anderem auch auf erforderliche Kompetenzen des Klinikpersonals oder auf vermeidbare Stressoren liefern. Die angestrebte präzisere Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes soll eine empirisch fundierte Orientierungsgrundlage für die derzeit vorgenommene Konzeptualisierung, Implementierung und Optimierung elternorientierter Unterstützungsangebote in deutschsprachigen Kliniken schaffen.

4.2 Fragestellung der Studie

Die untersuchungsleitende Fragestellung wurde in der Einführung bereits umrissen und wird hier konkretisiert. Diese Konkretisierung stellt - entsprechend dem in dieser Studie verfolgten Prinzip der Offenheit (vgl. Teil 2) - keine endgültige Vorab-Festlegung dar. Die Fragestellung sollte andererseits jedoch so präzise wie möglich formuliert werden, weil sie eine Orientierung für spätere Selektionsprozesse bietet. Nach Sichtung der einschlägigen Literatur werden folgende Aspekte des Themas für die Bedarfsbeschreibung als relevant und im Rahmen dieser Studie erfassbar eingeschätzt und daher auch in die ersten Gesprächsleitfäden einbezogen:

- Welche Bedarfsarten werden genannt? Oder: Wie lässt sich der elterliche Unterstützungsbedarf qualitativ beschreiben?
- Anhand welcher Kriterien wird der Bedarf festgestellt? Oder: Wie wird die Notwendigkeit einer Unterstützung der Eltern begründet?
- Wovon hängt der elterliche Unterstützungsbedarf ab? Oder: Welche Einflussfaktoren auf den individuellen Bedarf werden im Untersuchungsfeld genannt?

Die Fragestellung bezieht sich aufgrund begrenzter verfügbarer Ressourcen nicht auf Aspekte der Bedarfsdeckung ("[un]met need") oder der elterlichen Zufriedenheit ("satisfaction"). Die Umsetzung der beschriebenen Ziele und Fragestellungen in ein geeignetes Studiendesign wird im zweiten Teil der Schrift thematisiert.

5. Zusammenfassung und Überleitung

Der erste Teil dieser Schrift diente der einführenden Vorstellung des Untersuchungsthemas. Hier wurden das Untersuchungsfeld eingegrenzt und jene Begriffe erläutert, deren Kenntnis das Verständnis der nachfolgenden Darstellungen erleichtert. Die Ausführungen zeigten, dass der im Fokus der Untersuchung stehende Begriff "Unterstützungsbedarf" eine Vielfalt unterschiedlicher Bedeutungen umfasst, welche von einigen genannten Autoren nur teilweise wiedergegeben wurde. Die Sichtung der verfügbaren Literatur und die Ordnung der verschiedenen Konzepte stellte eine notwendige Voraussetzung dar, um die in der eigenen Studie verwendeten Konzepte terminologisch korrekt beschreiben zu können.

Weiterhin wurde der aktuelle Forschungsstand unter inhaltlichem und methodischem Aspekt vorgestellt. Den gesichteten Studien sind Angaben zu einer Vielzahl elterlicher Bedarfsarten zu entnehmen, welche mit unterschiedlichem Differenzierungsgrad erfasst wurden. Die qualitative (nach inhaltlichen Kriterien bestimmte) Ordnung dieser Bedarfsarten erfolgte innerhalb der vorgestellten Erfassungsinstrumente auf maximal zwei Abstraktionsniveaus (Skalen- und Itemebene). Die quantitative Ordnung basierte auf diesen zuvor erstellten Kategoriensystemen und erfolgte meist über Nennungshäufigkeit, Prioritätensetzung (Ranking) und den Aspekt der Bedarfsdeckung. Trends sind deutlich erkennbar, jedoch ist ungeklärt, ob und in welcher Weise die vorgestellten Erkenntnisse auch für Kliniken im deutschen Sprachraum gelten.

Die im ersten Teil dieser Schrift enthaltenen inhaltlichen Ausführungen zum elterlichen Unterstützungsbedarf dienen als Grundlage, um die im zweiten Teil vorgestellten eigenen Forschungsbefunde zum bisherigen Wissensstand in Beziehung setzen zu können.

In die Darstellungen zum Forschungsstand wurden auch einige methodische Ausführungen aufgenommen. Die methodenbezogenen Analysen zeigen, dass ein Großteil der Erhebungen unter Nutzung vorhandener, ursprünglich für andere Praxisfelder entwickelter und teilweise modifizierter Items und/oder Skalen durchgeführt wurde. Die Standardisierung ermöglichte eine Vergleichbarkeit verschiedener Perspektiven oder auch verschiedener Studienergebnisse miteinander. Allerdings ist zu bedenken, dass standardisierte Befragungen den Darstellungsraum für persönliche Relevanzsetzungen der Befragten wesentlich stärker als offene oder teilstandardisierte Erhebungen beschränken. Diekmann erwähnt als diesbezüglichen Kritikpunkt, dass "soziale Phänomene, die außerhalb des Fragerasters und der vorgegebenen Antwortkategorien liegen, in standardisierten Interviews aus dem Blickfeld der Forschung ausgeblendet werden." (2001: 444). Von einigen Forschern (z.B. Fisher 1994: 86) wurden die befragten Eltern zumindest gebeten, im Fragebogen nicht erfasste Bedürfnisse separat zu benennen. Auf die Notwendigkeit offener Fragen und Nachfragen für eine nähere Beschreibung beziehungsweise Präzisierung des elterlichen Bedarfs weisen auch die Autoren Heinen und Wigger-

Toelstede (1999) hin. Bei Angaben aus retrospektiven Studien (z.B. McKim 1993) muss darüber hinaus berücksichtigt werden, dass diese einem rückblickenden Urteilsprozess entstammen. Die für die Bedarfserfassung vorhandenen Befragungsinstrumente sollten auch aus weiteren Gründen, zum Beispiel aufgrund ihres Umfangs und aufgrund unterschiedlicher kultureller und sprachlicher Gegebenheiten, nicht unmittelbar für Untersuchungen im deutschen Sprachraum übernommen werden.

Insgesamt offenbart der Forschungsstand einen Mangel an Erkenntnissen sowohl zum elterlichen Unterstützungsbedarf in deutschsprachigen, neonatologischen Kliniken als auch zu den Methoden der Bedarfserfassung in diesem Praxisfeld. Aus den im ersten Teil aufgezeigten Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Vorgehensweisen zur Bedarfserfassung lässt sich jedoch nachfolgend das für diese Studie zusammengestellte Design ableiten und begründen.

Nachdem abschließend Ziele und Fragestellung dieser Studie präzisiert wurden, dient der nun folgende zweite Teil der Schrift der methodischen und inhaltlichen Beschreibung und Diskussion der empirischen Untersuchung.

TEIL 2

6. Untersuchungsmethodik

Im sechsten Kapitel werden zur Begründung des methodischen Vorgehens zunächst einige methodologische Vorüberlegungen formuliert. Im Anschluss folgt eine detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses anhand der durchgeführten Datenerhebung, -registrierung und -auswertung, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

6.1 Methodenwahl

Für eine Bedarfserfassung im hier untersuchten Praxisfeld wurden mehrere der im zweiten Kapitel erörterten Methoden in Betracht gezogen. Einige dieser Varianten schieden jedoch aus inhaltlichen, ethischen und/oder ökonomischen Überlegungen wieder aus⁹.

Im dritten Kapitel wurden vorhandene Studien zum Forschungsgegenstand vorgestellt. Da aus den Ergebnissen dieser teilweise monoperspektivischen, indirekten, retrospektiven und standardisierten Erhebungen nicht ohne Weiteres auf die Situation in Kliniken des deutschen Sprachraums geschlossen werden kann und insgesamt nur wenige Erkenntnisse zum Untersuchungsgegenstand vorliegen, wurde die hier durchzuführende Studie explorativ ausgerichtet.

Um die im vierten Kapitel beschriebenen Zielstellungen zu erreichen, wurden verschiedene Datenquellen genutzt. In Anlehnung an Denzin kann daher auch von einer Daten-Triangulation gesprochen werden (Flick 2004: 330). Triangulation meint "die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von (mindestens) zwei Punkten aus" (ders. 2000b: 309), wobei unterschiedliche Zugangsweisen zum untersuchten Phänomen den Blickwinkel auf dieses Phänomen erweitern, Bezüge zum "theoretical sampling" aufweisen und zur Validierung beitragen (ders. 2004: 48, 106f, 330f).

Einige Gründe für die Erfassung mehrerer Perspektiven wurden bereits im Abschnitt 2.7.3.3 genannt. Aufgrund der mit Einzelzugängen jeweils verbundenen Schwächen befürworten auch andere Autoren "multiple" Zugänge (z.B. Royse/Drude 1982: 99f). Eine Triangulation wurde beispielsweise von Cox und Bialoskurski (2001) durchgeführt. Able-Boone und Kollegen heben ebenfalls hervor, dass eine Untersuchung der Perspektiven sowohl von Eltern als auch von Professionellen eine genauere Repräsentation der untersuchten Zusammenhänge erlaubt als die Betrachtung lediglich einer Perspektive (1989: 134).

⁹ So wäre ein Einsatz der Morbiditätsmethode unter Nutzung von Belastungs- oder möglicherweise auch biopsychosozial fundierten Störungskonzepten denkbar gewesen. Dies hätte allerdings neben ethischen Bedenken eine zunehmende diagnostische Unschärfe nach sich gezogen (vgl. Schwefel et al. 1978, Weis et al. 1990) und zudem lediglich Hinweise auf einen potenziellen Behandlungsbedarf, kaum jedoch auf elterliche Unterstützungsbedürfnisse erbracht.

Für die beabsichtigte Erhebung und Analyse subjektiver Daten wurden Methoden der qualitativen Sozialforschung gewählt. Zudem ist die Erfassung des vorhandenen Bedarfsspektrums Voraussetzung für dessen quantitative Beurteilung (vgl. z.B. Kelle/Erzberger 2000: 302: "[...] in der analytischen Chemie etwa hat die quantitative Analyse der untersuchten Substanzen deren qualitative Analyse regelmäßig zur Voraussetzung."). Der Einsatz quantitativer Methoden erfordert demnach eine Vorab-Definition von Bedarfsarten in Form beschreibender Kategorien; dies ist für den deutschen Sprachraum bisher jedoch nicht erfolgt.

Die Entscheidung für ein qualitatives Studiendesign ist traditionell mit dem Anspruch beziehungsweise der Forderung nach einem "offenen" Vorgehen verknüpft. Dieses betrifft nach Schmidt (1997) sowohl den Zugang zum Untersuchungsfeld (Rolle des theoretischen Vorwissens; "theoretische Offenheit") als auch die Datenerhebung und -auswertung ("technische Offenheit"). Vor dem Hintergrund erkenntnistheoretischer Überlegungen hält inzwischen jedoch die Mehrheit der qualitativ arbeitenden Forscher vor allem eine "kreative" Verbindung zwischen Offenheit und Theoriegeleitetheit für zielführend.

Exkurs 1: Zum (kreativen) Verhältnis zwischen Theorie und Empirie

Ohne an dieser Stelle methodologische Grundsatzdiskussionen zwischen Vertretern verschiedener Forschungsrichtungen wiederholen zu wollen (vgl. Meinefeld 2000), soll doch kurz darauf hingewiesen werden, dass frühen Protagonisten qualitativer Forschungsansätze ein erkenntnistheoretisch nicht zu rechtfertigender induktivistischer¹⁰ Forschungsstil vorgeworfen wurde. Die Rolle theoretischen Vorwissens in der Methodologie der 'Grounded Theory' wurde unter historischem Aspekt von Kelle (1996) diskutiert. Strauss und Corbin empfehlen ein "Wechselspiel zwischen Kreativität und den durch Übung und Ausbildung erworbenen Fertigkeiten" (1996: 30). Die besondere Rolle des theoretischen Vorwissens wurde von Blumer unter der Bezeichnung "sensibilisierende Konzepte" thematisiert (Flick et al. 2000: 25). Sie wird heute in der Forderung nach "theoretischer Sensibilität" (Strauss/Corbin 1996: 25ff) und insbesondere in der Nutzung des paradigmatischen Modells deutlich. Im Übrigen dient qualitative Forschung nicht nur der Theoriebildung, sondern auch der Theorieprüfung (Steinke 2000: 328): Sowohl dem theoretischen Vorwissen als auch den vorläufigen Auswertungscodes bzw. -kategorien kommt unter erkenntnistheoretischem Gesichtspunkt die Funktion von Hypothesen zu (vgl. Meinefeld 2000: 270, Strübing 2004: 55ff).

Eine ähnliche Beschreibung des Forschungsprozesses findet sich auch bei anderen Autoren unter Verwendung der Begriffe "induktiv" und "deduktiv". "Eine induktive Kategoriendefinition [...] leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen" (Mayring 2003: 75). In dem von Mayring vorgestellten schematischen Modell zur induktiven Kategorienbildung reduziert sich der Anteil induktiver Kategorienformulierung allerdings zunehmend zugunsten einer eher deduktiven "Kategorienanwendung". Witzel, der für die Auswertung problemzentrierter Interviews ein theoriegenerierendes Verfahren in Anlehnung an die Arbeiten von Glaser, Strauss und Corbin beschreibt, betont, dass induktive und deduktive Elemente "während des Auswertungsprozesses miteinander verwoben" seien (1996: 53); Vorinterpretationen fließen demnach ebenfalls in die Datenauswertung ein (vgl. Witzel 2000). Auch Kuckartz (2005: 186) zufolge erfordert die Kategorienbildung in der Forschungspraxis häufig eine Verzahnung aus induktiver und deduktiver Vorgehensweise. Für Schmidt (1997, 2000) beginnt die Entwicklung (vorläufiger) Auswertungskategorien sogar theoriegeleitet - zeitgleich mit der Erstellung eines Interviewleitfadens. In einem später folgenden Auswertungsabschnitt fände dann ein kreativer Austauschprozess zwischen den Vorüberlegungen des Forschers und dem vorhandenen Material statt, in welchem die Formulierungen der Befragten unter "Überschriften" zusammengefasst würden. Jaeggi und Kolleginnen (1998) weisen mit dem Titel "Denkverbote gibt es nicht!" ihres Forschungsberichts zum Zirkulären Dekonstruieren unmittelbar auf die Notwendigkeit einer intuitions- und theoriegeleiteten, kreativen Auseinandersetzung mit

¹⁰ induktiv (im Gegensatz zu deduktiv): Konzepte "emergieren" aus den Daten ("Emergenz-Metapher"; vgl. Kelle 1996).

dem Datenmaterial hin. Hopf (1996) beschreibt ebenfalls das Vorgehen einer theorieorientierten qualitativen Forschung und empfiehlt dem Forscher bzw. der Forscherin, die zum Thema bereits vorhandenen Vorarbeiten zur Kenntnis zu nehmen und deren Weiterentwicklung, Präzisierung und Revision anzustreben. Reichertz (2000) und Hildenbrand (2000) erläutern den Prozess der Datenanalyse - unter Rückgriff auf Arbeiten von Peirce - als ein Zusammenspiel der drei Teilprozesse Abduktion, Deduktion und Induktion. Der Begriff Induktion ist hier allerdings inhaltlich enger als bei anderen Autoren gefasst, so dass der Begriff Abduktion im Gegensatz zu Deduktion und Induktion als kreativer, nicht logisch-schließender Akt verstanden werden kann (vgl. auch Strübing 2004: 44ff).

Bezogen auf die erwähnte Unterscheidung von Schmidt (1997) lassen sich die bisher formulierten Überlegungen folgendermaßen für die hier durchzuführende Studie nutzen:

Theoretische Offenheit: Eine vollständige theoretische Offenheit ist ebenso wenig möglich wie die vollständige Explikation des bereits vorhandenen Vorwissens. Ein erstes theoretisches Vorverständnis entstand bereits aus informellen Feldkontakten und vor allem aus der vor Beginn der Datenerhebung durchgeführten Sichtung und Analyse der zum Untersuchungsfeld publizierten Literatur¹¹. Dieses Vorwissen war notwendig zur Eingrenzung und Charakterisierung des Untersuchungsgegenstandes und zur Formulierung und Begründung der Forschungsfragen, welche wiederum richtungsweisende Funktion für die notwendigen Selektionsprozesse bei Datenerhebung und Datenauswertung hatten. Selektionsprozesse begleiteten den gesamten Untersuchungsverlauf und bezogen sich unter anderem auf das Sampling, die Leitfäden, die Auswahl zu transkribierender und zu codierender Textabschnitte, die Fortsetzung der Literaturanalyse, das Codierparadigma und schließlich auch die Zusammenstellung der Publikation (vgl. Flick 2004: 106ff).

Technische Offenheit: Die Entscheidung für ein qualitatives Studiendesign bezog sich auch auf die Methoden der Datenerhebung und -auswertung. Die im Abschnitt 6.2.1 beschriebene Datenerhebung wurde zwar nicht standardisiert, jedoch auch nicht "völlig offen" geführt: Es wurde ein Interviewleitfaden erstellt, in dessen ersten Entwurf das vorhandene theoretische Vorwissen einfluss (vgl. Friebertshäuser 1997: 375). Dieser Leitfaden wurde in den ersten Gesprächen unterstützend genutzt und im weiteren Forschungsverlauf zunehmend differenziert; er diente allerdings lediglich der inhaltlichen Orientierung während der Gesprächsführung und nicht der Standardisierung der Datenerhebung. Auch die im Abschnitt 6.2.2 beschriebene Datenauswertung erfolgte nicht völlig offen. Sowohl für die Auswahl der Interviewpartner als auch für die Auswahl zu transkribierender Gesprächsabschnitte und die Codierung relevanter Textsegmente wurden Selektionskriterien beziehungsweise Prioritätenlisten aufgestellt. Die Formulierung untersuchungsleitender Fragestellungen sowie die vorhandenen Vorannahmen führten zur Festlegung eines zu untersuchenden Phänomens und zur Erstellung vorläufiger Entwürfe eines Codierparadigmas. Auch die erste Kategorienbildung wurde hiervon beeinflusst und entsprach auf höheren Abstraktionsniveaus einigen Aspekten der Interviewleitfäden; die nachfolgend zugeordneten Subkategorien hingegen wurden wesentlich unmittelbarer aus dem Material heraus entwickelt (vgl. Kuckartz 2005: 186ff).

¹¹ Ausgewählte Ergebnisse dieses Literaturstudiums wurden im ersten Teil der Schrift vorgestellt.

Entsprechend den von Flick (2000a) erläuterten Unterscheidungen von Basisdesigns qualitativer Forschung kann die Studie als Momentaufnahme bezeichnet werden, die Zustands- beziehungsweise Prozessbeschreibungen zum Zeitpunkt der Untersuchung ermöglicht.

Für den entdeckenden Charakter qualitativer Studien und insbesondere für die Methoden der Grounded Theory ist ein zirkulärer Untersuchungsprozess charakteristisch (Strübing 2004: 47; Kuckartz 2005: 22, 81; Hildenbrand 2000: 33ff). Dieser lässt sich kaum sequenziell-chronologisch abbilden - im Gegensatz beispielsweise zu den Ausarbeitungen von Mayring (2000a) zur induktiven Kategorienentwicklung im Rahmen einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse, bei welcher alle Daten bereits vor Beginn der Auswertung vorliegen (vgl. Kuckartz 2005: 95). Der zirkuläre Forschungsprozess wird unter anderem von Flick (2004: 73) beschrieben und folgendermaßen dargestellt:

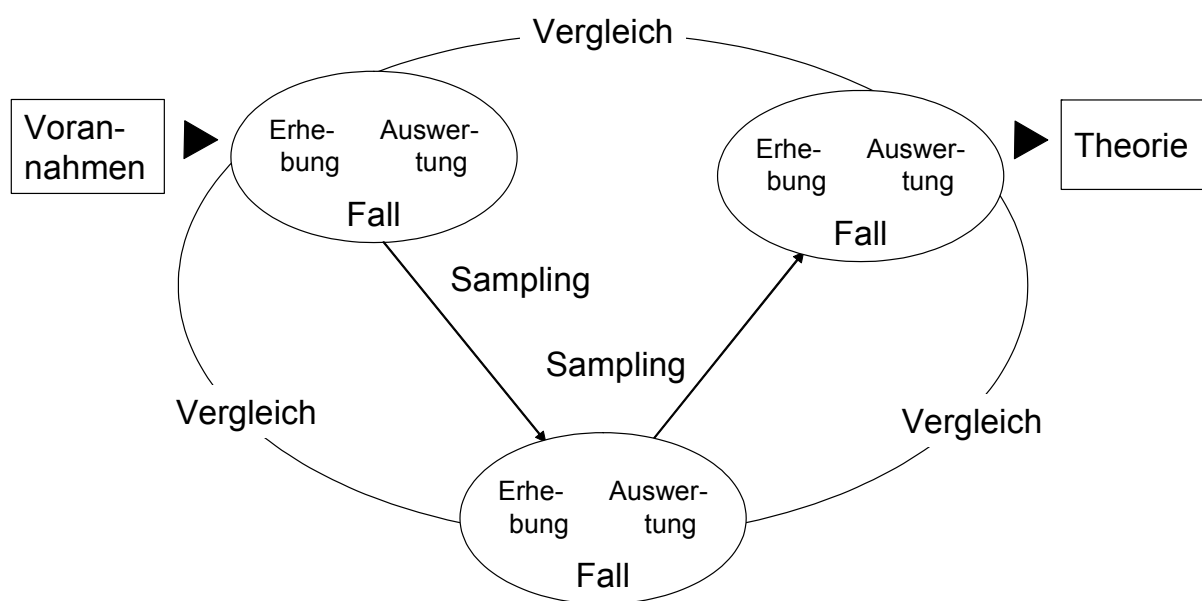


Abbildung 4: Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses nach Flick (2004: 73)

Eine im Gegensatz hierzu spiralförmige Abbildung des Forschungsprozesses, wie sie beispielsweise Strübing (2004: 47) vorschlägt, würde neben dem zirkulären Prozess zusätzlich auch den zeitlichen Fortschritt der Analysen veranschaulichen.

6.2 Durchführung

In den folgenden Abschnitten soll der Forschungsprozess durch Beschreibung zentraler Arbeitsabläufe so transparent wie möglich dargelegt werden. Die durchgeführten Datenerhebungen und -auswertungen werden nacheinander vorgestellt, obwohl sie - dem zirkulären beziehungsweise spiralförmigen Ansatz entsprechend - in flexibel aufeinander bezogenen Phasen stattfanden.

6.2.1 Datenerhebung

6.2.1.1 Datenquellen

Die für die Datengewinnung genutzten Quellen bestanden zunächst aus informellen Kontakten, dann zunehmend auch aus Publikationen zu theoretischen Grundlagen und zu empirischen Studien und schließlich vor allem aus Befragungen.

Bereits vor Beginn des Literaturstudiums existierten einige - über die interdisziplinäre Arbeitsgruppe "Entwicklungsrehabilitation zu früh geborener Kinder" vermittelte - informelle Kontakte, die sich sowohl für die Schaffung der notwendigen theoretischen Sensibilität als auch für den späteren Zugang zum Feld als nützlich erweisen sollten.

Für die Erweiterung der theoretischen Sensibilität war, über diese Kontakte hinaus, ein eingehendes Literaturstudium erforderlich. Theorie- und empiriebezogene Quellen umfassten Publikationen verschiedenster Art, vor allem Fachbücher, Fachzeitschriften, Artikel, Aufsätze und Berichte. Für die Recherchen wurden einschlägige Internet-Datenbanken genutzt. Die Quellen wurden teilweise vor, überwiegend jedoch während der Auswertung der Befragungsdaten analysiert. Die Sichtung der theoretischen Quellen diente einer konzeptuellen Klärung. Nachdem eine erste Sondierung ergeben hatte, dass es sich beim Bedarfsbegriff um einen vieldeutigen Begriff handelt, wurde dieser in den Fokus nachfolgender Recherchen gestellt. Das Zusammenstellen und Auswerten der Publikationen erfolgte aufgrund zunehmender theoretischer Sensibilität im Verlauf der Untersuchung gezielter als zu Beginn. Die Auswertung theoriebezogener Quellen umfasste unter anderem Vergleiche zwischen den Konzepten verschiedener Autoren sowie das Erstellen von Übersichten. Die Analyse empiriebezogener Quellen erbrachte einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Thematik. Retrospektiv nach ihrer Relevanz für die untersuchte Thematik ausgewählte Ergebnisse dieses Literaturstudiums wurden bereits im ersten Teil dieser Schrift überblicksartig zusammengestellt; speziellere Aspekte werden in der späteren Diskussion der Untersuchungsergebnisse aufgegriffen.

Aus dem so gewonnenen Vorwissen zum Gegenstandsbereich wurden untersuchungsleitende Forschungsfragen und Zielstellungen sowie erste hypothesenartige Vorannahmen abgeleitet, welche ebenfalls im ersten Teil dieser Schrift aufgeführt sind. Sie waren richtungsweisend für alle notwendigen Entscheidungen über die methodische Umsetzung der Studie (wie beispielsweise die Erstellung erster Entwürfe für die Interviewleitfäden).

Um differenzierte Angaben zum elterlichen Bedarf zu erhalten, wurden - nach theoretischen und methodologischen Vorarbeiten - zusätzlich empirische Daten unter Nutzung von Befragungsmethoden erhoben. "Die Befragung stellt den wichtigsten Zugang zur subjektiven Welt dar." (Pfaff/Bentz 2003: 434). Im Hinblick auf die Erfassung von Motiven bezweifeln allerdings Brunstein und Heckhausen (2006: 145) sowie Brunstein (2006: 236) die Aussagekraft von direkten Befragungen und Selbstberichten, da sich (implizite) Motive der Introspektion weitgehend entziehen und zudem Verfälschungen durch Antworttendenzen anzunehmen sind. Kuhl empfiehlt hierfür eine eher selbst- statt reizgesteuerte, narrative Erfassung (2006: 308).

Die Autorin entschied sich dennoch für Befragungsdaten, da die Vorteile im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand die Nachteile überwogen. Um den aus verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven beurteilten Bedarf näher analysieren zu können, wurde hierbei die im Abschnitt 2.7 zum Bedarfskonzept vorgenommene und begründete Zweiteilung in selbst- und fremddefinierten Bedarf berücksichtigt. Unter dem selbst definierten (subjektiven) Bedarf wurde der empfundene Bedarf / das erfragbare Bedürfnis aus der Perspektive potenzieller "Konsumenten" verstanden. Der anhand noch näher zu erkundender Kriterien fremdbeurteilte Bedarf umfasste hingegen den fachlich definierten Bedarf. Entsprechend diesen Vorüberlegungen wurde die Fallgruppenauswahl auf zwei relevante Personengruppen ausgerichtet: Eine Gruppe bestand aus Eltern zu früh geborener Kinder, welche zu ihrem eigenen, individuellen Bedarf (bzw. ihren Bedürfnissen) befragt wurden. Die andere Gruppe setzte sich aus Vertretern mehrerer im Forschungsfeld tätiger Berufsgruppen zusammen. Letztere verweisen als professionell tätige Experten in mündlichen und schriftlichen Äußerungen häufig auf den elterlichen Unterstützungsbedarf und nehmen als "Teil des Handlungsfeldes" (Meuser/Nagel 1991: 443) fachliche Bedarfszuschreibungen vor (vgl. Abb. 1). Zur Befragung der zweiten Gruppe wurden Experteninterviews genutzt. Diese eignen sich als informatorische Interviews (Lamnek 2005: 332ff) zur Erfassung und Rekonstruktion besonderer Wissensbestände (Fachwissens) über das interessierende Handlungsfeld (vgl. Pfaff/Bentz 2003: 423) - allerdings eher expliziten (reflexiv verfügbaren) als impliziten (nicht präsenten, jedoch handlungsleitenden) Erfahrungswissens¹² (Meuser/Nagel 1997: 485f, 2005b; Pfadenhauer 2005a).

6.2.1.2 Fallauswahl

Die Fallauswahl erfolgte anhand definierter Kriterien. Da die relevanten Merkmale der Grundgesamtheit und auch die erforderliche Stichprobengröße vor Studienbeginn nicht bekannt waren (vgl. Flick 2003: 448), wurde eine schrittweise Auswahl der Gesprächsteilnehmer(innen) im Prozess der Datenerhebung und -auswertung vorgenommen. Die Selektionsstrategie des theoretischen Samplings wird von Flick als allgemeines Prinzip qualitativer Forschung bezeichnet, welches Parallelen zur Konzeption der Daten-Triangulation zeigt (2004: 106ff, 330). Entsprechend der auch in den Publikationen zur

¹² Die von Meuser/Nagel (2005a: 75ff) forschungslogisch begründete Trennung zwischen Betriebs- und Kontextwissen wird hier nicht übernommen.

gegenstandsnahen Theoriebildung (Strauss/Corbin 1996: 148ff) beschriebenen Methode wird die Stichprobe nicht nach Repräsentativität zusammengestellt, sondern auf der Basis des jeweils erreichten Erkenntnisstandes beziehungsweise nach theoretischen Kriterien ergänzt (vgl. Merkens 2000, Flick 2004: 102f). In der vorgestellten Studie wurden sowohl allgemeine als auch spezielle Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Ausgehend von theoretischen Vorüberlegungen (vgl. z.B. Flick 2004: 110f) wurden zunächst allgemeine Kriterien aufgestellt. Die zu Befragenden sollten vor allem bereit und in der Lage sein, zum elterlichen Bedarf Auskunft zu geben. Zur Auswahl von Experten formulierten beispielsweise Meuser und Nagel sehr allgemeine Kriterien (2005a: 73):

Tabelle 20: Definition des Expertenstatus'

<p>"Als Experte wird angesprochen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder - wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt."

In der vorliegenden Studie erfolgte die Expertenauswahl zusätzlich nach den Kriterien einer möglichst langjährigen Berufserfahrung und einer Auskunftsfähigkeit zur Elternarbeit. Die Liste der für die Befragung der Eltern verwendeten allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien wurde über informelle Gespräche mit Professionellen nochmals konkretisiert und ist im Anhang zu finden.

Zu Beginn des Datenerhebungszeitraumes erfolgte die Auswahl der Gesprächspartner(innen) vor allem nach diesen allgemeinen Kriterien und kann daher als offenes Sampling bezeichnet werden (vgl. Strauss/Corbin 1996: 148ff). Zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität und um sich der Forschungsthematik sukzessive zu nähern, wurden zunächst überwiegend Expert(inn)eninterviews geführt. Im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses nahm der Anteil der Elterninterviews zu. Nach Auswertung der ersten Gesprächsprotokolle folgte die Auswahl der Gesprächspartner(innen) gezielter nach dem Prinzip der "maximalen Variation im Sample", um die im Untersuchungsfeld vorhandene Variationsbreite zu erfassen (vgl. Flick 2004: 109ff) - vor allem also, um das Spektrum vorhandener Bedarfsarten möglichst umfassend abbilden zu können. Die angestrebte maximale Variation innerhalb der im Verlauf der Datenerhebung und -auswertung entstehenden Kategorien beziehungsweise deren zunehmende "theoretische Sättigung" (vgl. Abschnitt 6.2.2) führte zur Festlegung zusätzlicher, spezieller Kriterien für die Auswahl zu erhebender Daten und auch für die Auswahl bereits vorliegenden, erneut zu analysierenden Materials. Als spezielle Selektionskriterien wurden hierfür jene Aspekte ausgewählt, welche sich im Verlauf des Untersuchungsprozesses als besonders relevant für die Fragestellung erwiesen.

Diese Variationen in der Auswahl der elterlichen Gesprächspartner(innen) bezogen sich vor allem auf Kriterien wie kindliches Geburtsgewicht, stationäre Aufenthaltsdauer und Alter der Befragten. Um die im Verlauf des Auswertungsprozesses über die Beziehungen zwischen Kategorien und Subkategorien

aufgestellten Hypothesen anhand erneut erhobener Daten überprüfen zu können, wären weitere, systematische Variationen nötig gewesen. Eine entsprechend gezielte Auswahl der Gesprächsteilnehmer(innen) konnte jedoch aus organisatorischen Gründen sowie aufgrund begrenzter Ressourcen nicht in dem theoretisch wünschbaren Ausmaß vorgenommen werden. Dennoch konnten einige weitere Variationen in die Auswertung einbezogen werden, weil diese auch in dem bereits vorhandenen Datenmaterial enthalten waren. Das "Auffüllen" der Kategorien erfolgte also auch über die erneute, unter verändertem Fokus vorgenommene Analyse bereits vorhandener Daten. Dies veranschaulicht den zirkulären bzw. spiralförmigen Forschungsprozess.

Die Variationen in der Auswahl der professionellen Gesprächspartner(innen) bezogen sich vor allem auf spezielle Kriterien wie Berufsgruppe und stationsbezogene Tätigkeitsschwerpunkte. Aufgrund des unmittelbareren Kontakts zu den professionellen Gesprächspartner(inne)n ließ sich die angestrebte Variation der Fälle hier leichter erreichen als in den Elternbefragungen. Die Grenzen der verwendeten Datenerhebungsmethoden werden im Abschnitt 6.2.2 differenzierter erörtert.

6.2.1.3 Zugang zum Feld, Datenerhebung und Erhebungskontext

Die Datenerfassung war auf den Zeitabschnitt der postnatalen stationären Versorgung gerichtet und fand mit der elterlichen Fallgruppe ausschließlich während des Klinikaufenthalts der Kinder statt. Alle Gespräche wurden von der Autorin der vorliegenden Studie in geeigneten Räumen der jeweiligen Klinik geführt. Die Daten wurden mittels leitfadengestützter Interviews erhoben, um auch jenen Bedarf berücksichtigen zu können, der bei einer indikatorengestützten oder einer standardisierten Erhebung nicht erfasst worden wäre. Der Leitfaden wurde erstellt, um die aus den theoretischen Vorarbeiten gewonnenen und für potenziell relevant erachteten Aspekte aufgreifen zu können, sofern diese von den Gesprächspartnern nicht selbst angesprochen worden wären und die Gesprächssituation ein Aufgreifen ermöglicht hätte. Der erste Leitfaden entstand etwa zeitparallel mit dem Codierparadigma (Abschnitt 6.2.2). Entsprechend dem Prinzip der technischen Offenheit wurden die Leitfäden zu Studienbeginn nur gering strukturiert und erst im Laufe der Forschungsarbeit weiter ausdifferenziert. Eine spätere Version findet sich als Beispiel im Anhang.

Alle Befragungen orientierten sich methodisch an den Ausführungen Witzels zum problemzentrierten Interview (1982, 2000). Die Befragungen der professionellen Gesprächspartner(innen) wurden unter zusätzlicher Beachtung der Ausführungen zum Experteninterview durchgeführt (z.B. Meuser/Nagel 1994, 1997; Bogner et al. 2005) und erfolgten im Sinne von Meuser und Nagel (2005: 77ff, 267ff) ebenfalls mit Hilfe 'offener Leitfäden'. Um der Entstehung von Artefakten vorzubeugen, wurden die von Hermanns (2000) formulierten "Regieanweisungen zur Interviewführung" beachtet und die von Witzel (1996, 2000) beschriebenen erzählungs- und verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien eingesetzt, so dass narrative und dialogförmige Sequenzen entstanden. Alle Gespräche wurden als einmalige Einzelinterviews geführt, da zur Erfassung von Bedarfsarten eher Momentaufnahmen entstehen als Fallverläufe abgebildet werden sollten.

Die Studie wurde unter Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Bestimmungen durchgeführt. Es wurden eine positive Stellungnahme der Ethikkommission der DGPs (siehe Anhang) sowie die Zustimmung der jeweiligen Klinikleitungen eingeholt. Um das Einverständnis der Klinikmitarbeiter(innen) für eine Datenerhebung zu erhalten, wurden ihnen Ziel und Durchführung der Studie vor Beginn der Datenerhebung vorgestellt.

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über die Nutzung vorhandener hierarchischer Strukturen sowie über informelle Kontakte zu Klinikmitarbeiter(inne)n¹³. In einem Fall wurde der Datenerhebung von Seiten der Klinikleitung aufgrund der Vielzahl bereits zeitgleich stattfindender Studien nicht zugestimmt, so dass eine Anfrage an eine weitere Klinik gerichtet wurde. Potenzielle professionelle Interviewpartner(innen) wurden entweder persönlich angesprochen oder - nach Klärung der Auswahlkriterien - auf Empfehlung ihrer Kolleg(inn)en kontaktiert. Mit potenziellen elterlichen Gesprächspartner(inne)n trat die Interviewerin aus datenschutzrechtlichen Gründen zunächst nicht selbst in direkten Kontakt. Der Kontakt wurde stattdessen durch Klinikmitarbeiter(innen) vermittelt, welche die Eltern entsprechend den vereinbarten Kriterien auswählten sowie mündlich und schriftlich über die durchgeführte Studie informierten. Hierbei erhielten die Eltern ein von der Autorin verfasstes Elterninformationsblatt und eine (bei Bereitschaft) zu unterzeichnende Einwilligungserklärung (siehe Anhang). Ein bei Gesprächsinteresse ausgehändigter Kurzfragebogen diente jeweils zur Erhebung ausgewählter sozialstatistischer Daten sowie zur beiderseitigen Gesprächsvorbereitung. Zwischen der Unterzeichnung der Einverständniserklärung und der ersten persönlichen Kontaktaufnahme lagen in der Regel mehrere Tage. Der Schutz der personenbezogenen Daten wurde durch deren Aufbewahrung in einem separaten Ordner und eine vor der persönlichen Kontaktaufnahme stattfindende Zuordnung von Codes sichergestellt.

Die Analyse der Interviewsituation wurde durch die Nutzung von Postskripten unterstützt und ergab Folgendes (vgl. auch Abschnitt 7.1.2): Vor Beginn der Elternbefragungen wurde das Studieninteresse beschrieben und die Rolle der Interviewerin von der Rolle der Klinikmitarbeiter(innen) getrennt. Die in einer der teilnehmenden Kliniken bestehende Notwendigkeit, den Briefkopf dieser Klinik für das Elterninformationsblatt zu verwenden, dürfte dennoch die Rolle der Interviewerin aus Sicht der befragten Eltern in die Nähe des Klinikpersonals gerückt haben. Die Interviews wurden von den elterlichen Gesprächspartner(inne)n mitunter als willkommene Selbstreflexionsmöglichkeit genutzt. Einige Eltern hoben vor allem die mit Zufriedenheit verknüpften Aspekte lobend hervor und äußerten - auch aufgrund des zum Befragungszeitpunkt bestehenden (und von den Eltern angesprochenen) Abhängigkeitsverhältnisses gegenüber der Klinik - nur ungern Kritik.

¹³ In einigen Publikationen wird hierfür der Begriff "gatekeeper" verwendet (z.B. Merkens 2000, Wolff 2000).

Diesbezüglich äußerten Shields und Mitarbeiter: "Questions as to whether parents were reluctant to suggest that their needs were not being met must be considered." (2004: 26) und geben unter Verweis auf weitere Studienergebnisse zu bedenken, dass das Zurückhalten kritischer Äußerungen eine elterliche Strategie sei, die bestmögliche Versorgung des Kinds sicherzustellen. Ähnlich schreiben Hallström und Elander: "Many parents have a need to please the staff and therefore they do not always lodge complaints and experiences." (2007: 197). Andere Befragte konnten ihre Unterstützungswünsche bei mangelnder Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung leichter als bei vorhandener Zufriedenheit formulieren. Hier führte vorhandene Zufriedenheit eher dazu, dass die entsprechenden Bedürfnisse nicht selbstständig angesprochen wurden, weil deren Deckung als selbstverständlich vorausgesetzt wurde. In beiden Fällen wurde gezielt nachgefragt.

Vor Beginn der Expertenbefragungen war es - auch aufgrund zuvor teilweise bestehender informeller Kontakte - notwendig, die Rolle der Interviewerin zu klären. Diese beinhaltete sowohl die Rolle der "Expertin einer anderen Wissenskultur" als auch - in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand - die Rolle des "Laien" (vgl. Meuser/Nagel 2005a: 47ff). Trotz sorgfältiger Beachtung der erwähnten Regeln zur Interviewführung sind Einflüsse von Selbstdarstellungstendenzen (beispielsweise in Form der Strategie "Kompetenz und Expertentum signalisieren"; Mummendey 1995: 147f) auf die erhobenen Daten anzunehmen und bei deren Interpretation zu berücksichtigen. Charakteristisch für die Gesprächsverläufe waren die häufig von den professionellen Gesprächspartner(inne)n knapp bemessene Zeit sowie (zum Teil mehrfache) Unterbrechungen der Gespräche aufgrund unvorhergesehener beruflicher Verpflichtungen. Fragen der Interviewerin zur Erläuterung von Fachbegriffen spielten eine größere Rolle als bei den Elternbefragungen.

6.2.1.4 Stichprobe und Datenregistrierung

Die Interviews wurden in Perinatalzentren beziehungsweise auf neonatologischen (Intensivtherapie-) Stationen in den Städten Berlin und Innsbruck durchgeführt. Insgesamt wurden 19 Personen (11 Eltern und 8 Experten) über einen Zeitraum von 24 Monaten befragt. Die Datenerhebung fand zwischen Januar 2005 und Dezember 2006 statt.

Es nahmen neun Mütter und zwei Väter an den Interviews teil. Da einer der Väter aufgrund seines großen Gesprächsinteresses berücksichtigt wurde, ist dessen Kind identisch mit dem Kind einer Mutter. Das Alter der Befragten wurde zwischen 21 und 36 Jahren (Mütter) beziehungsweise 30 und 42 Jahren (Väter) angegeben. Der Geburtszeitpunkt der Kinder lag zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche bei einem Geburtsgewicht von 620 bis 1650 Gramm. Die Befragungen fanden zwischen dem 22. und dem 97. Tag des Klinikaufenthalts statt. Vier von elf befragten Eltern gaben an, dass in ihrem Haushalt bereits ein oder mehrere Kinder lebten. Die berufliche und familiäre Situation sowie das familiäre Einkommen variierten deutlich innerhalb der befragten Gruppe. Die mit Hilfe des Eltern-Kurzfragebogens (siehe Anhang) vor Gesprächsbeginn erfassten, differenzierteren Angaben werden hier nicht vollständig wiedergegeben, weil sie für die Ergebnisdarstellung ohne Relevanz blieben.

Die Gruppe der professionellen Gesprächspartner(innen) bestand aus sechs weiblichen und zwei männlichen Befragten mit einer Berufserfahrung zwischen 5 und 25 Jahren.

Die Gespräche mit den Eltern der Kinder umfassten jeweils 29 bis 90 Minuten mit einer mittleren Gesprächsdauer von 53 Minuten und einer Gesamtgesprächsdauer von 588 Minuten (9,8 h). Die Gespräche mit den professionellen Interviewpartner(inne)n umfassten jeweils 22 bis 90 Minuten mit einer mittleren Gesprächsdauer von 65 Minuten und einer Gesamtgesprächsdauer von 524 Minuten (8,7 h).

Mit dem Einverständnis der Befragten erfolgten digitale Tonaufzeichnungen aller Gespräche. Die maximal mögliche Aufzeichnungsdauer pro Gespräch betrug aus technischen Gründen 90 Minuten; dies wurde jedoch auch unter inhaltlichem Aspekt als ausreichend betrachtet. Nach jedem Gespräch wurden der Gesprächsverlauf und die Kontextvariablen in einem Postskript (vgl. Witzel 1982, 2000) festgehalten. Die gespeicherten Audiodateien wurden vollständig beziehungsweise teilweise transkribiert, so dass für die im Folgenden beschriebene Datenauswertung schriftliche Interviewprotokolle zur Verfügung standen.

6.2.2 Datenauswertung

Im spiralförmigen Forschungsprozess waren Datenerhebung und -analyse eng miteinander verwoben und erleichterten so das "theoretical sampling". Die Nutzung informeller Kontakte sowie die Auswertung theorie- und empiriebezogener Quellen wurden bereits erläutert. Das Quellenstudium wurde parallel zur Datenanalyse fortgesetzt und selektiv vertieft. Für die Auswertung der Befragungsdaten wurden Methoden der qualitativen Sozialforschung, insbesondere Empfehlungen zur Analyse von Textdokumenten verwendet (Witzel 1996; Strauss/Corbin 1996; Schmidt 1997; Mayring 2003) und entsprechend dem "Prinzip der Gegenstandsorientierung" (Witzel 2000: [19]) auf die Forschungsfrage und den Untersuchungsgegenstand zugeschnitten. Auch Mayring (2000b: [28]) erklärt, dass sich die von ihm beschriebenen Verfahren "gut mit anderen qualitativen Ansätzen kombinieren" ließen - Fragestellung und Charakteristik des Materials seien ausschlaggebend für die Wahl der Analysemethode. Zur Unterstützung der qualitativen Datenanalyse wurde ein EDV-Programm verwendet (Qualitative Data Analysis: QDA-Software). Die Auswertung erfolgte unter Nutzung des PC-Programms "MAXQDA2".

Exkurs 2: Begründungen für die Nutzung der Software "MAXQDA2"

Der Einsatz eines EDV-Programms ist mit mehreren Vorteilen verbunden, die sich vor allem bei der Verwaltung größerer Datenmengen zeigen. Diese Vorteile können in dem hier zur Verfügung stehenden, begrenzten Rahmen nicht umfassend wiedergegeben werden, wurden jedoch unter anderem von Prein (1996: 93ff) und Kuckartz (2005: 13ff) diskutiert.

Eine computerunterstützte Textverwaltung ermöglicht vor allem ein effektives Datenmanagement umfangreichen Analysematerials. QDA-Software enthält eine Vielzahl nützlicher "Tools"; sie erlaubt beispielsweise Mehrfachcodierungen, selektive Retrievals, die Nutzung von Memos und die Konstruktion von Kategoriensystemen bei jederzeit vollständiger Rückgriffoption auf die Quelltexte. Die qualitative Datenauswertung selbst bleibt jedoch eine "menschliche Interpretationsleistung" (Kuckartz 2005: 60) und obliegt damit weiterhin dem Forscher. Aufgrund der Vorteile eines PC-Einsatzes gegenüber einer manuellen Datenverwaltung fiel in dieser Studie die Entscheidung für die Nutzung eines QDA-Programms.

Das Programm MAXQDA2 ermöglicht die Bildung eines hierarchischen Kategoriensystems. Diese Kategoriensysteme haben sich "in vielen Bereichen als sehr praktische Ordnungsschemata erwiesen" (Kuckartz 2005: 184). Die alternative Wahl eines linearen Kategoriensystems schied aufgrund inhaltlicher Erwägungen, eines netzwerkstrukturierten Kategoriensystems aufgrund befürchteter zu geringer Übersichtlichkeit aus. Eine ausführliche Beschreibung des Programms findet sich bei Kuckartz (2005). Die Vor- und Nachteile der Nutzung des Programms durch die Autorin werden im entsprechenden inhaltlichen Zusammenhang diskutiert.

Da die zur Beschreibung der Datenauswertung verwendeten Begriffe in der Praxis mit unterschiedlicher Bedeutung genutzt werden (vgl. Kuckartz 2005: 83, 93, 183), werden sie hier kurz charakterisiert. Insbesondere aufgrund der Mehrdeutigkeit des Begriffs "Codieren"¹⁴ werden vier Subtypen des Codierens unterschieden, welche parallel angewendet wurden, methodisch jedoch auch aufeinander aufbauen.

¹⁴ Die Schreibweise dieses Begriffs wurde auf die Schreibweise der anderen in dieser Schrift verwendeten Begriffe (Codings, Codes, Codieren) abgestimmt und unterscheidet sich damit von der von Strauss und Corbin (1996) genutzten, eingedeutschten Version.

Tabelle 21: Begriffe zur Beschreibung der Datenauswertung

Codings	Codings sind selektierte und markierte Textsegmente (-passagen), denen ein semantischer Code zugeordnet wurde.
Codes	In Anlehnung an die Terminologie von Kuckartz (2005: 60) wird für die nah am Material und mit geringem Abstraktionsgrad formulierten vorläufigen Bezeichnungen der Begriff "Codes" verwendet. Strauss und Corbin (1996: 43) würden von Konzepten sprechen. Codes beziehen sich auf unterschiedliche Inhalte und können im Prozess der Analyse je nach Abstraktionsgrad und je nach Art der zu anderen Codes herstellbaren Beziehung in Haupt- und Subcodes geordnet werden.
Kategorien	Kategorien sind Strauss und Corbin zufolge Konzepte höherer Ordnung (1996: 43). Die Kern- oder Schlüsselkategorie bezeichnet das im Zentrum der Studie stehende zentrale Phänomen. Als Kategorien werden hier demzufolge Codes mit höherem Abstraktionsgrad bezeichnet. Andere Autoren (z.B. Mayring 2003) nehmen keine Unterscheidung dem Abstraktionsgrad entsprechend vor, sondern sprechen durchgehend von Kategorien.
Codieren (Typ I)	Code-Neubildung: Formulierung von Code-Bezeichnungen
Codieren (Typ II)	Code-Zuordnung: Herstellen von Verbindungen zwischen Codes bzw. Kategorien und relevanten Textpassagen
Codieren (Typ III)	Code-Anordnung nach Abstraktionsgrad (III-a) und nach Art weiterer Beziehungen (III-b) in Haupt- und Subcodes bzw. -kategorien
Codieren (Typ IV)	Überarbeitung des entstandenen Kategoriensystems
Kategoriensystem	Das Kategoriensystem umfasst die gebildeten Codes und Kategorien, hier in hierarchischer Anordnung.

Der Datenauswertungsprozess wird nachfolgend unter Bezugnahme auf methodologische Grundlagen beschrieben sowie hinsichtlich seiner Gegenstandsangemessenheit diskutiert. Die Datenauswertung bestand aus mehreren, spiralförmig durchlaufenen Arbeitsprozessen:

- 6.2.2.1 Transkription
- 6.2.2.2 Import
- 6.2.2.3 Selektion von Textmaterial
- 6.2.2.4 Markieren
- 6.2.2.5 Codieren (Typ I bis IV)

6.2.2.1 Transkription

Die während der Interviews entstandenen Tondateien wurden vor Beginn der jeweiligen Textanalyse nach festgelegten Transkriptionsregeln (siehe Anhang) zunächst vollständig verschriftet. Angesichts der Erfahrung, dass, wie auch Schmidt (1997: 544) bemerkte, aus "neunzig Minuten Leitfadeninterview [...] pro Fall - je nach Verschriftungsweise - etwa fünfzig bis hundert Seiten Text" werden, war die Beachtung der Regel "Besser zu viel als zu wenig!" (Strauss/Corbin 1996: 14f) im weiteren Ver-

lauf des Forschungsprozesses in Vereinbarung mit den letztlich begrenzt verfügbaren Ressourcen der Autorin zu bringen. Deshalb wurden einige nicht inhaltsrelevante Gesprächsabschnitte später lediglich in zusammenfassender Form (paraphrasierend; vgl. Mayring 2003, Flick 2000a: 264) und unter Angabe ihrer Herkunft (Zeitangabe in Minuten und Sekunden) in die Interviewprotokolle aufgenommen. Um den Anteil möglicher Transkriptionsfehler zu minimieren, wurde abschließend ein Korrekturhören (vgl. Schmidt 1997: 546) durchgeführt. Die zu Beginn des Forschungsprozesses entstandenen Transkripte wurden mit Zeilennummern versehen und jeweils einmal in einer Papierversion erstellt, um sie bildschirmunabhängig lesen zu können. In späteren Arbeitsabschnitten wurde auf diesen Zwischenschritt verzichtet.

6.2.2.2 Import

Nach der Einrichtung einer Projektdatei in der QDA-Software (vgl. Kuckartz 2005: 22) wurden die unter MS Word erstellten Textdateien in Rich Text Format konvertiert, um sie in das QDA-Programm "importieren" zu können. Alle Text-Dateien wurden unter derselben Projekt-Datei zusammengeführt und beim Import je nach Gesprächspartner(in) einer entsprechenden Textgruppe zugeordnet. Aus Datenschutzgründen (mögliche Re-Identifizierung aufgrund der geringen Fallzahl) wird hier keine weitere Ordnung professioneller Gesprächspartner(innen) nach ihrer Berufsgruppe vorgenommen.

Tabelle 22: Textgruppen

Textgruppe	Textuntergruppe	Anzahl der Texte
Eltern	Mütter	9
	Väter	2
Experten	Schwestern	3
	Ärzte	2
	Sonstige	3

6.2.2.3 Selektion von Textmaterial

Zügig auf den Import und die Zuordnung des ersten Textdokuments folgte der nächste Auswertungsschritt, welcher erneut die Verschränkung zwischen offenem und theoriegeleitetem Vorgehen erkennen lässt. Das ein- bis mehrmalige vollständige Lesen der ersten Interviewtexte¹⁵ erbrachte zunächst einen Überblick über die jeweils angesprochenen Themen. Im Anschluss begann die zeilenweise Detailanalyse. Da die genutzte QDA-Software stets einen vollständigen Rückgriff auf das gesamte Ausgangsmaterial ermöglichte und damit zur Transparenz beitrug, konnte der von Mayring (2003: 60ff) als Paraphrasierung¹⁶ und von Meuser und Nagel (2005a: 83f) als Paraphrase bezeichnete Schritt des

¹⁵ Mit Zeilennummern versehene Papierversionen.

¹⁶ Deren Ziel ist die Materialreduktion zu einem "überschaubaren Corpus" (Mayring 2003: 58).

schriftlichen Verdichtens von Textmaterial entfallen. Paraphrasierungen wurden lediglich, wie oben erwähnt, bei unzureichender Themenrelevanz für Transkriptionen genutzt. Um vor dem Hintergrund des zu erwartenden hohen Materialumfanges sowohl eine inhaltlich sinnvolle Code-Bildung vornehmen zu können als auch eine thematisch "ausufernde Codierung" (Kuckartz 2005: 84) zu verhindern, waren zunächst relevante Textabschnitte auszuwählen. Auswahlstrategien werden unter anderem von Flick (2004: 97ff) beschrieben. Als Selektionskriterium wurde die untersuchungsleitende Fragestellung genutzt, da diese angab, welches Material als Ausgangspunkt für eine Kategorienbildung dienen sollte (vgl. Mayring 2003: 76). Die Auswahl relevanter Textstellen kann nach Flick auch über "fragestellungsbezogene Prioritätenlisten" vorgenommen werden (2000a: 264; 2004: 271). Die Aufmerksamkeit der Autorin wurde letztlich sowohl durch die Überlegungen zur Fragestellung als auch durch die zuvor gewonnene und im Analyseprozess zunehmende theoretische Sensibilität gelenkt (vgl. auch Schmidt 1997: 549). Nur jene Textabschnitte wurden ausgewählt, die in einer erkennbaren direkten oder indirekten Beziehung zum elterlichen Unterstützungsbedarf standen. Dies war der Fall, wenn mindestens ein(e) Gesprächspartner(in) einen inhaltlichen Bezug herstellte, welcher sich sowohl in der konkreten Benennung von Bedarfsarten als auch in der Verwendung von Formulierungen wie beispielsweise "weil", "deswegen", "wenn", "aber", "hängt ab von", "zum Beispiel" zeigen konnte.

Tabelle 23: Selektion von Textmaterial (Beispiel)

"Und ich glaub', man braucht auch deswegen eine Anleitung, weil man sich nicht rantraut, also, weil das alles so medizinisch aussieht."

Da die Art der Beziehung der Textsegmente untereinander und zum Untersuchungsgegenstand zunächst noch nicht spezifiziert und auch eine thematische Zuordnung noch nicht anhand eines Codierparadigmas oder bestehender Kategorien vorgenommen wurde, konnte auch jenes Material ausgewählt werden, welches nur möglicherweise(!) für die angestrebte Code- oder Kategorienbildung relevant war. So wurde zwar die "potenzielle Unendlichkeit" (Flick 2004: 271) von Textanalysemöglichkeiten nach inhaltlichen Kriterien begrenzt, jedoch auch der Forderung nach "technischer Offenheit" (Schmidt 1997) weitestgehend entsprochen.

6.2.2.4 Markieren der Textabschnitte

Die ausgewählten Textabschnitte wurden jeweils farblich gekennzeichnet und damit unter MAXQDA2 als "Textsegmente" (spätere Codings) geführt. Insbesondere bei der Detailanalyse der ersten Textdokumente wurden so nahezu die gesamten Texte in Textsegmente zerlegt. Diese Methode wurde sowohl für die Auswertung der Eltern- als auch der Experteninterviews angewendet, da beide Gruppen im gleichen institutionellen Kontext befragt und für keine der beiden Gruppen einzelfallanalytische Auswertungen angestrebt wurden. "Beim Experteninterview ist der Interviewte als Experte und nicht als Person von Interesse." (Pfaff/Bentz 2003: 423). Auf die Herausarbeitung des Überindividuell-Gemeinsamen ausgerichtete Auswertungen sollten sich nicht an der Sequenzialität von Äußerungen je Interview orientieren, sondern an "thematischen Einheiten" (Meuser/Nagel 2005: 80f, 269).

Um der - mit der später notwendigen Auflösung der Sequenzialität verbundenen - Gefahr der Dekontextualisierung¹⁷ zu entgehen und die inhaltliche Verständlichkeit sowie den von den Befragten jeweils hergestellten Sinnzusammenhang für spätere Auswertungsabschnitte zu erhalten, wurden die Textsegmente stets gemeinsam mit dem sie umgebenden Kontext als "Sinneinheiten" markiert (vgl. Kuckartz 2005: 65). Abbildung 5 zeigt die Bildschirmdarstellung einer späteren Auswertungsphase.

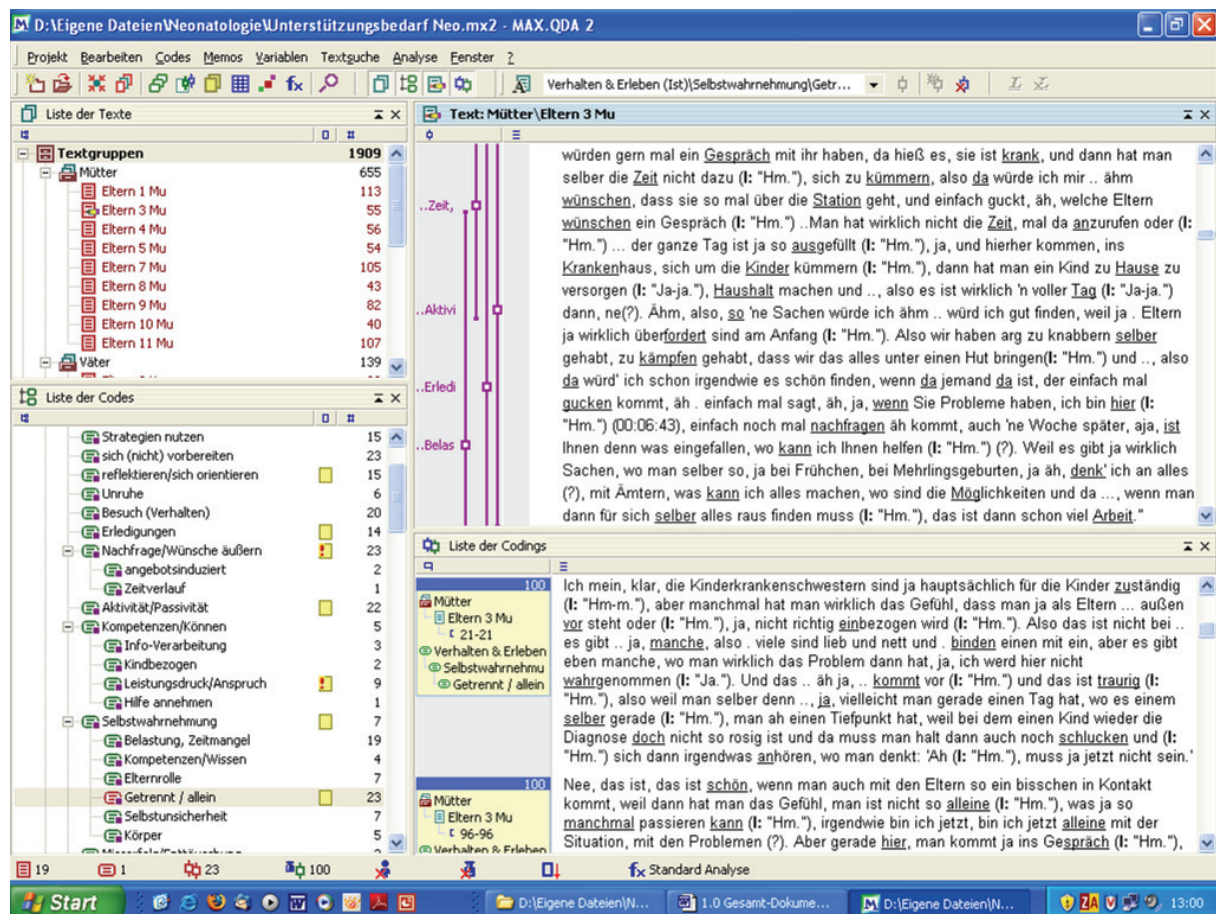


Abbildung 5: Datenauswertung mit MAXQDA2 (Screenshot)

In der Abbildung sind die geöffneten vier Hauptfenster zu sehen. Das Fenster "Liste der Texte" (links oben) gibt einen Überblick über alle Texte des Projekts. Im Fenster "Text-Browser" (oben rechts) kann jeweils ein Text aus dieser Liste angezeigt werden. Das Fenster "Liste der Codes" (links unten) enthält das entstehende Kategoriensystem. Im Fenster "Liste der Codings" (rechts unten) werden die codierten Textsegmente als Ergebnis eines Text-Retrievals aufgeführt.

6.2.2.5 Codieren

Der Begriff "Codieren" umfasst Prozesse sowohl der Code-Bildung und -Zuordnung als auch der Erstellung und Überarbeitung eines hierarchischen Kategoriensystems. Die Auswertungsregeln wurden anhand aktueller Empfehlungen zur qualitativen Auswertung von Textdokumenten zusammengestellt;

¹⁷ "Mit der Codierung von Textsegmenten geht notwendigerweise ein Prozess der *Dekontextualisierung* einher" (Kuckartz 2005: 65; Hervorhebung im Original). Der Einsatz des QDA-Programms ermöglichte allerdings jederzeit einen Rückgriff auf den Kontext im Quelltext.

das Vorgehen einer an den Daten orientierten Code- oder Kategorienbildung wird jedoch unterschiedlich beschrieben (Überblick z.B. bei Kuckartz 2005: 74ff).

Exkurs 3: Zur Methodologie des Codierens

Mayring (2003) erläutert die Kategorienbildung über einen Verallgemeinerungsprozess und empfiehlt, vor Beginn der Detailanalyse ein Abstraktionsniveau festzulegen, welches bei späteren Materialdurchläufen schrittweise erhöht werden könne. Da die für die induktive Kategorienbildung genutzte zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse vor allem eine Materialreduktion ergeben soll, arbeitet der Autor mit Paraphrasierungen, für deren Erstellung er Interpretationsregeln formuliert ("Z-Regeln"; a.a.O.: 61ff). Während Mayring hiermit auf einer deskriptiven Ebene verbleibt (vgl. Kuckartz 2005: 97), arbeiten Strauss und Corbin (1996) mit theoriegenerierender Zielstellung. Sie sprechen von Konzepten und späteren Kategorien und beschreiben für deren Bildung und Zuordnung das offene, axiale und selektive Kodieren unter Nutzung eines paradigmatischen Modells. Die gegenstandsnahe Theoriebildung erfolgt weiterhin über die komparative Analyse (Glaser/Strauss 1998). Daran angelehnt erörtert auch Witzel (1996; 2000) die systematische Auswertung von Textdokumenten (Interviewtranskripten) unter Anwendung induktiv-deduktiver Prozesse.

Nach Schmidt wird die "Bildung von Auswertungskategorien [...] als Prozess der Auseinandersetzung mit dem Material vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen verstanden. [...] Aus der Fragestellung, theoretischen Traditionen und vorliegenden Forschungsergebnissen" entstehen demnach zunächst eher vage (theoriegeleitete) Kategorien (1997: 548). Sowohl während der Datenerhebung als auch in einem späteren kreativen Austauschprozess zwischen Forscher und Material, in welchem die Formulierungen der Befragten unter "Überschriften" zusammengefasst werden, werden diese vagen Kategorien "ausdifferenziert, präzisiert, modifiziert und ergänzt bzw. ersetzt" (a.a.O.). Zwischen dem Interviewleitfaden und dem Codierleitfaden ergeben sich damit enge Zusammenhänge.

Durch alle von den Autoren beschriebenen Vorgehensweisen entstehen letztlich Kategorien, teilweise auch bereits Kategoriensysteme.

Da die Auswertungsstrategien "an den jeweiligen Forschungsgegenstand und die Forschungsfragestellungen angepasst werden" müssen (Witzel 1996: 72), folgt nun die Erläuterung der für die vorliegende Untersuchung eingesetzten Codierprozesse. Diese Prozesse werden - trotz spiralförmiger Arbeitsabläufe - in vier Typen¹⁸ unterteilt (Typ I - IV) und nacheinander beschrieben.

Die Neubildung von Codes wird als **Codieren Typ I** bezeichnet. In diesem Auswertungsprozess wurden eine oder mehrere vorläufige Kurzbezeichnungen (Codes) für die zuvor selektierten und gekennzeichneten Textsegmente gefunden. Die Code-Bezeichnungen waren knapp zu formulieren, um sie in der späteren Bildschirmdarstellung des QDA-Programms (Liste der Codes) vollständig überblicken zu können.

Diese Methode wird in der Auswertung von Textdokumenten häufig praktiziert und in der forschungsmethodischen Literatur vielfach beschrieben. Sie entspricht einem Teil des "offenen Kodierens", dem Benennen der Phänomene (Strauss/Corbin 1996: 45), dem Formulieren von Begriffen oder Kurzsätzen (Mayring 2003: 76), dem Finden von deskriptiven Stichworten und Begrifflichkeiten (Witzel 1996, 2000) oder von "Überschriften" (Schmidt 1997; Meuser/Nagel 2005a). Witzel (1996: 57) und - in moderaterer Form - Schmidt (1997: 550f) schlagen vor, dabei auch die im Interviewleitfaden bereits vorhandenen Themenfelder beziehungsweise Aspekte heranzuziehen; dies lässt eine etwas

¹⁸ Diese Typen lassen sich zwar in Bezug zu den von Strauss und Corbin (1996) beschriebenen drei Formen des theoretischen Kodierens (offen, axial und selektiv) setzen, sind mit diesen aber keineswegs identisch, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen.

stärker theoriegeleitete Vorgehensweise vermuten. Da die Gesprächsprotokolle der hier vorgestellten Studie jedoch eine Vielzahl von Inhalten und Bezügen enthielten, die in den zuvor erarbeiteten, relativ abstrakten Leitfäden nicht detailliert benannt waren, erfolgte die Code-Bildung vor allem zu Beginn des Analyseprozesses sehr "gegenstandsbezogen" (im Sinne von Glaser, nach Kelle 1996: 33f) beziehungsweise "offen" im Sinne einer Orientierung an den Relevanzsetzungen der Befragten (Witzel 1996: 65f). Unterstützend wurden inhaltsbezogene Fragen an das Material gestellt (vgl. Strauss/Corbin 1996), zum Beispiel: "Welches Phänomen wird angesprochen?". In Abhängigkeit von der Anzahl der in einem Textsegment enthaltenen Themen war die Formulierung einer oder mehrerer Kurzbezeichnungen sinnvoll. Zu Beginn des Auswertungsprozesses wurden, wenn möglich, die von den Befragten selbst gewählten Bezeichnungen als "In-vivo-Codes" genutzt (vgl. Strauss/Corbin 1996):

Tabelle 24: Verwendung von In-vivo-Codes (Beispiele)

Textsegment	In-vivo-Code(s)
"Dann bin ich nach Hause gegangen, dann gewöhnt man sich so langsam <u>ein</u> , dass man jeden Tag <u>hierher</u> kommt .. und mittlerweile habe ich mich schon <u>sehr</u> dran gewöhnt."	sich gewöhnen
"Ältere Mütter <u>äußern</u> das eher: 'Ich habe halt ein Problem, wie soll ich denn das jetzt machen?' zum Beispiel, und das würden jetzt minderjährige Mütter noch gar nicht so sehen erstmal, das ist klar, das ist das Alter. Und die Erfahrungen sind anders, noch nicht so da wie bei den Älteren."	Alter äußern
"Dann gehört ja irgendwann dazu, dass man den Eltern irgendwann ja das <u>Wickeln</u> zeigen kann."	zeigen

War die Verwendung von "In-vivo-Codes" für die als relevant ausgewählten Äußerungen der Befragten nicht möglich, wurden Kurzbezeichnungen (Überschriften) gewählt, welche die Phänomene möglichst treffend beschrieben.

Tabelle 25: Verwendung von Überschriften als Codes (Beispiel)

Textsegment	Überschriften
".. also er freut sich immer <u>riesig</u> , dann hier zu sein, aber <u>sein</u> Wunsch ist es halt auch, äh, <u>öfters</u> kommen zu dürfen."	Freude Wünsche Besuchsfrequenz

Wie von Mayring (2003) empfohlen, erfolgte die Formulierung der Codes unter Beachtung von Abstraktionsniveaus¹⁹. Die für die Erhöhung gering festgelegter Abstraktionsgrade durchgeführten Generalisierungen werden unter Codieren Typ III-a beschrieben.

¹⁹ Die von Mayring (2003) für die zusammenfassende Inhaltsanalyse unter Zuhilfenahme von Makrooperatoren beschriebenen Schritte (Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion) sind mit der gängigen QDA-Software nicht nachvollziehbar dokumentierbar, da sie mehrspaltige Tabellen erfordern, werden bei großen Textmengen jedoch auch in einem Schritt vollzogen.

Die Zuordnung der markierten Textsegmente zu den gebildeten Überschriften (Codes bzw. Kategorien) wird hier als **Codieren Typ II** bezeichnet. Ziel war eine an Themen oder Einzelaspekten ausgerichtete Neuordnung des Textmaterials (vgl. Schmidt 1997). Textpassagen, welche inhaltlich zusammengehörten, sich aber an unterschiedlichen Stellen im Material befanden, wurden zu "thematischen Einheiten" zusammengefasst (Meuser/Nagel 2005b: 269). Für jedes zuvor selektierte und markierte Textsegment war dabei zu entscheiden, ob seine Zuordnung zu einer neu zu bildenden Kurzbezeichnung oder zu bereits vorhandenen Codes erfolgen sollte. Diese Entscheidung wurde anhand thematischer Vergleiche zwischen den markierten Textsegmenten und den bestehenden Codes (Kategorien) entsprechend dem Prinzip "Gleiches zu Gleichem" (Strauss/Corbin 1996: 47) getroffen.

Anmerkung: Obwohl Meuser und Nagel (2005a) den Begriff "thematische Vergleiche" erst ab einer das einzelne (Experten-)Interview übergreifenden Auswertungsstufe verwenden (2005a: 86ff), wird er hier - aufgrund der analogen Vorgehensweise - auch für die Beschreibung der Auswertung einzelner Texte genutzt. Wegen der in der vorliegenden Untersuchung miteinander verwobenen Prozesse der Datenerhebung und -auswertung - im Gegensatz zu der von den Autoren beschriebenen, stufenweisen Datenanalyse - wurde die Analyse der Einzeltexte bald von textübergreifenden Analysen begleitet. Mit dem Begriff "komparative Analyse" verweisen im Übrigen auch Glaser und Strauss (1998: 29ff) auf die zentrale Stellung, die dem Vergleichen für die Datenauswertung zukommt.

Tabelle 26: Thematischer Vergleich (Beispiele)

Textsegment	Kategorie	Ergebnis
"Die machen's ja <u>nicht</u> tagtäglich und vor allen Dingen, dann eben auch beim eigenen Kind mit dieser Unsicherheit, kann ich da nicht noch irgendwas .. schädigen, verletzen, zerstören, was weiß ich, also, die Problematik, die die Eltern immer noch haben und häufig <u>lange</u> mit sich herumtragen, ist eine <u>besondere</u> Sorge um dieses Kind, weil es anfangs doch so krank oder so klein oder so behandlungsbedürftig war."	Angst/Sorge/ Unsicherheit	gleich (subsumiert)
	Wahrnehmung des Kindes	
	Besuchsverhalten	ungleich (nicht subsumiert)
	Aktivität/Passivität	

Die Zuordnung zu mehreren Codes war möglich und erfolgte häufig (Mehrfachcodierung). Um den jeweiligen Sinnzusammenhang (Kontext) zu erhalten, wurden auch überlappende Codierungen vorgenommen. Zu Beginn der Analyse waren die Codierprozesse vom Typ I und II eng miteinander verbunden. Im weiteren Prozess der Datenanalyse fand die Zuordnung von Textsegmenten zu den Codes beziehungsweise Kategorien (Codieren Typ II) zunehmend unabhängig von der Code-Neubildung (Codieren Typ I) statt, da die entstehende Liste beschreibender Codes (vgl. auch "Codierleitfaden" nach Schmidt 1997) häufiger bereits eine "deduktive Kategorienanwendung" erlaubte.

Systematische Vergleiche waren nur eingeschränkt möglich, da kein fester Fragenkatalog, sondern Leitfäden verwendet wurde(n). Dennoch zeigte der fortgesetzte Vergleich, dass sich die Aussagen professioneller und elterlicher Interviewpartner(innen) auf eine Reihe gleicher oder ähnlicher Themen bezogen. Die Textsegmente aller befragten Personen konnten in ein gemeinsames Kategoriensystem

aufgenommen werden, weil die Nutzung der QDA-Software ein differenziertes Text-Retrieval (vgl. Kuckartz 2005) zuließ und eine Aktivierung einzelner Textgruppen die getrennte Darstellung der Perspektiven ermöglichte.

Die beiden mit Textsegmenten befassten Codierprozesse Typ I und II bildeten notwendige Voraussetzungen für das **Codieren Typ III**. Dieses diente einer inhaltlich begründeten Zusammenführung und Gruppierung der gewonnenen Codes in Haupt- und Subkategorien. Die zur Veranschaulichung aufgedeckter Relationen gezogenen "Verbindungslinien" führten zur Entstehung eines komplexen Kategoriensystems, welches durchgehend für die beim Codieren Typ II mögliche "deduktive" Kategoriennutzung zur Verfügung stand. Auch die Bildung von Haupt- und Subkategorien wird in der methodologischen Literatur beschrieben.

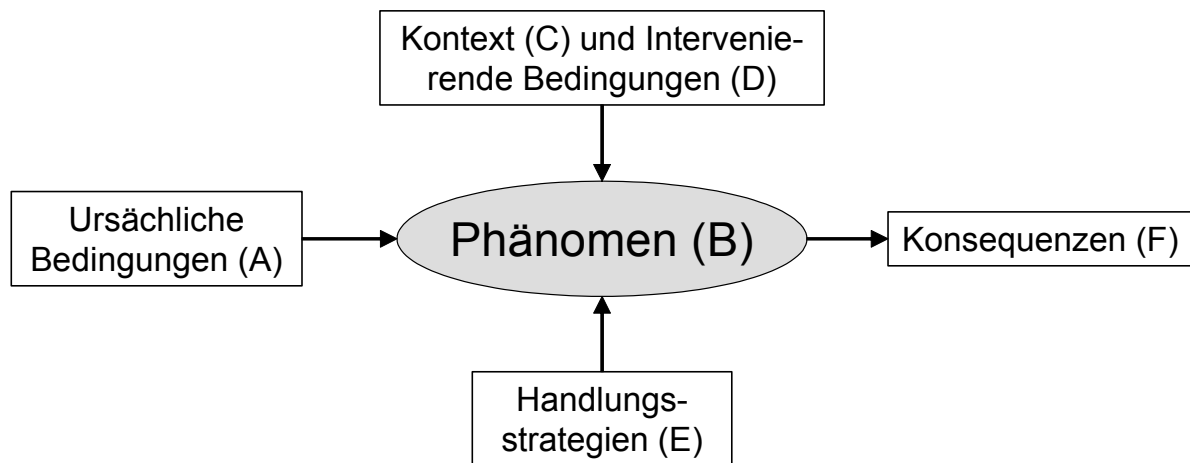
Exkurs 4: Erstellung eines Kategoriensystems

Für die weitere Reduktion der gebildeten Kategorien empfiehlt Flick (2000a: 264) erneut "fragestellungsbezogene Prioritätenlisten". Mayring (2003: 76) unterscheidet zwischen der induktiven und der deduktiven Methode der Bildung von Hauptkategorien. Für ein induktives (hier: zusammenfassendes) Vorgehen müsse das zu Beginn festgelegte Abstraktionsniveau bei jedem erneutem Materialdurchlauf schrittweise erhöht werden (Z2-Regeln, a.a.O.: 60ff); der Autor verweist aber auch darauf, dass die Kategorien "in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt" werden müssten (a.a.O.: 53). Auch andere Autoren (u.a. Kelle 1996, Schmidt 1997) betonen, dass eine rein induktive (induktivistische) Bildung von (Haupt-)Kategorien und Subkategorien nicht realisierbar sei - vielmehr sei hierfür ein induktiv-deduktives "Wechselspiel" notwendig (vgl. Exkurs 1). Strauss und Corbin (1996) beschreiben das Vorgehen auch als Wechsel zwischen offenem und axialem Kodieren. Es besteht - als Teil des offenen Kodierens - aus dem Zusammenfassen von Konzepten unter abstraktere Kategorien und entspricht bis dahin etwa der von Mayring erläuterten Methode. Anders als bei Mayring geschieht das "Verknüpfen und Entwickeln der Kategorien" aber auch über das dem axialen Kodieren zugerechnete "Stellen von Fragen und Ziehen von Vergleichen." (a.a.O.: 86). Die aus theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Vergleichsdimensionen betreffen die Arten der Beziehungen zwischen Kategorien und Subkategorien und sind im paradigmatischen Modell zusammengefasst.

(A) URSÄCHLICHE BEDINGUNGEN → (B) PHÄNOMEN → (C) KONTEXT → (D) INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN → (E) HANDLUNGS- und INTERAKTIONALE STRATEGIEN → (F) KONSEQUENZEN

Abbildung 6: Paradigmatisches Modell (n. Strauss/Corbin 1996: 78)

Während die hierarchische Ordnung von Konzepten nach ihrem Abstraktionsgrad in (Haupt-)Kategorien und Subkategorien leicht nachvollziehbar ist, scheint die Überführung des im paradigmatischen Modell enthaltenen Prozesscharakters in eine hierarchische Kategorienanordnung weniger leicht. Auch die von Böhm (2000: 479) und Strübing (2004: 27) überarbeiteten, übersichtlicheren Versionen zeigen eine eher sequenzielle als hierarchische Anordnung.



**Abbildung 7: Codierparadigma
für sozialwissenschaftliche Fragestellungen (modifiziert nach Böhme 2000: 479)**

"Zur Ermittlung der Relationen zwischen Kategorien, die sich auf Teilaspekte des sozialen Handelns beziehen, hat sich das Codierparadigma nach Strauss bewährt." (Böhme 2000: 479). Aufgrund seiner explizit handlungs- und interaktionsorientierten Ausrichtung wurde das von Strauss und Corbin (1996: 83) verwendete Modell für das hier durchgeführte Codieren Typ III jedoch nicht übernommen. Stattdessen wurde anhand der theoretischen Vorarbeiten zum Untersuchungsgegenstand ein vorläufiges Codierparadigma entwickelt. Dieses enthielt ein zentrales Phänomen sowie (hypothetisch) zu- beziehungsweise untergeordnete Teilaspekte unterschiedlichen Inhalts und Abstraktionsgrads. Es diente der Reflexion hypothetischer Vorannahmen (vgl. Meinefeld 2000) und Leitideen (Böhme 2000: 476), gab allerdings weder Beziehungen zwischen den Teilaekten noch den Prozesscharakter des von Strauss und Corbin (1996) empfohlenen Modells wieder. Dieses Schema wurde für die Erstellung der ersten Interviewleitfäden herangezogen sowie als Orientierung für die Kategorienbildung genutzt. Es wurde selbst jedoch nicht konkreter ausgearbeitet, da die weitere inhaltliche Differenzierung im Rahmen des entstehenden Kategoriensystems erfolgen sollte.

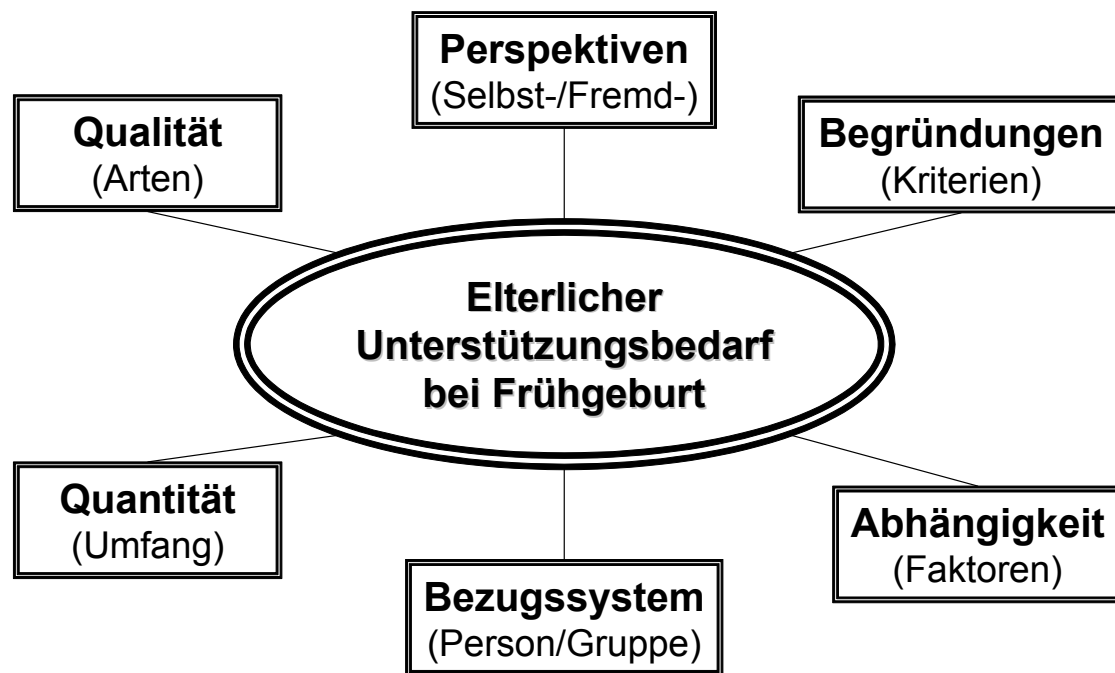


Abbildung 8: Vorläufiges Codierparadigma

Anhaltspunkte für die Existenz inhaltlicher Verbindungen zwischen einzelnen Codes und Kategorien ergaben sich durch die Beachtung der von den Gesprächspartner(inne)n hergestellten Zusammenhänge, den fortgesetzten Vergleich verschiedener Textsegmente, die Prozesse der kommunikativen Validierung und die - in der Auseinandersetzung mit theoretischem und empirischem Material gewonnene - zunehmende theoretische Sensibilität (vgl. Strauss/Corbin 1996: 27). Als unterstützende "Notizzettel" wurden auch Memos (a.a.O.: 169ff) verwendet. Bei ihrer Verwaltung zeigten sich erneut die Vorteile der computergestützten Analysemethodik: Memos können jederzeit eingegeben, an Textgruppen, Texte, Textsegmente oder Codes "angeheftet", verändert und über den "Memo-Manager" nach verschiedenen Kriterien ausgewählt werden. Obwohl Strauss und Corbin schreiben, dass Memos am Anfang unbeholfen und einfach erscheinen können und niemand außer dem Forscher frühe Memos zu Gesicht bekäme, seien zur Veranschaulichung hier zwei Beispiele genannt:

Tabelle 27: Verwendung von Memos (Beispiele)

Code	Memo
Selbstwahrnehmung	<i>siehe auch Belastung, Schuld, Unzufriedenheit, Freude usw. siehe auch Ziele: Selbstwahrnehmung (verändern).</i>
getrennt / allein	<i>Negativ bewertet: sowohl bezogen auf soziale Unterstützung als auch auf Trennung vom Kind. Positiv bewertet: das Kind allein versorgen können (Selbständigkeit; setzt Kompetenzen voraus).</i>

Die beim Codieren Typ III vorgenommene Code-Gruppierung war möglich, weil die aus den Codierprozessen I und II resultierenden Codes einen unterschiedlich hohen Abstraktionsgrad besaßen und die

unter diesen Codes aufgeführten Textsegmente zusätzlich Hinweise auf weitere Beziehungen der Codes untereinander enthielten. Daher wird zwischen Codieren Typ III-a und Typ III-b unterschieden.

Das Codieren Typ III-a erfolgte analog dem von Mayring (2003) beschriebenen Verallgemeinerungs- oder Generalisierungsprozess und der von Strauss und Corbin (1996: 47ff) erläuterten Methode der Bildung von Kategorien aus Konzepten. Unter mehrfacher Erhöhung geringer Abstraktionsgrade wurden abstraktere Kategorienbezeichnungen formuliert. Dass diese Formulierungen auch in Beziehung zu Vorwissen und Vorerfahrungen standen (vgl. Strauss/Corbin 1996: 30), veranschaulicht das induktiv-deduktive Vorgehen. Zuvor gebildete Codes, deren Textsegmente sich nach erneuten thematischen Vergleichen offensichtlich auf ein und dasselbe Phänomen bezogen, wurden unter abstraktere Codes (Kategorien) subsumiert, so dass übergeordnete (Haupt-) und untergeordnete (Sub-)Kategorien entstanden. Subkategorien konnten beispielsweise Unterformen oder Eigenschaften von Codes beinhalten (vgl. Glaser/Strauss 1998: 45; vgl. auch Abb. 5: Liste der Codes). Die Zuordnungsprozesse werden in der folgenden Tabelle exemplarisch veranschaulicht. Da die Textsegmente mehreren Codes zugeordnet werden konnten, entstanden auch mehrere übergeordnete Codes (Ü), welche aufgrund der Komplexität der Datenstruktur hier nicht vollständig wiedergegeben werden können.

Tabelle 28: Codieren Typ III-a (Beispiele)

Textsegment	Codes	Ü-Codes	Ü-Codes
"Weil ja . Eltern ja wirklich <u>überfordert</u> sind am Anfang. Also wir haben arg zu knabbern <u>selber</u> gehabt, zu <u>kämpfen</u> gehabt, dass wir das alles unter einen Hut bringen."	Überforderung kämpfen	Belastung Begründung	Selbst- wahrnehmung / - beschreibung / -bewertung
"Na, die Fahrerei, also das ist ... macht mich richtig <u>krank</u> (!), den Stress, <u>hierher</u> , dann wieder <u>zurück</u> , und .. na ja, das alles eben, die ganze <u>Rumkutscherei</u> ."	Fahrerei krank	Belastung Begründung	
"Da hat man sich schon irgendwo so ein bisschen <u>alleine</u> gelassen gefühlt."	allein	Trennung / Alleinsein	
"Und dann im Inkubator, da habe ich sie ja dann <u>richtig</u> gesehen. Und da war sie so klein, so - einfach so winzig."	Kind sehen	Beschreibung - Kind	Situations- beschreibung

Das Codieren Typ III-b diente der umfassenderen Verbindung der entstandenen Codes. Diese waren nicht nur ihrem Abstraktionsniveau entsprechend einander über- oder unterzuordnen, sondern aufgrund der untersuchungsleitenden Forschungsfragestellung auch bereits frühzeitig auf die vorab definierte "Kernkategorie" (Strauss/Corbin 1996) oder das zentrale Phänomen zu beziehen, welches hinsichtlich seiner Aspekte auszuarbeiten war. Die Beziehungen zwischen den Codes beziehungsweise Kategorien konnten vor allem durch Beachtung der von den Befragten selbst geäußerten inhaltlichen Zusammenhänge aufgedeckt werden (vgl. Abschnitt 6.2.2.3), denn die Gesprächsprotokolle enthielten

nicht nur Angaben zu den Arten des Bedarfs, sondern unter anderem auch Begründungen und Kontextbeschreibungen. Zunehmend wurde aber auch induktiv-deduktiv gearbeitet: Anhaltspunkte für das Aufdecken von Beziehungen zwischen den Kategorien konnten auf höheren Abstraktionsniveaus aus dem zuvor aufgestellten Codierparadigma gewonnen werden, in den späteren Abschnitten der Datenauswertung auch durch die wiederholte und gezieltere Sichtung themenbezogener Fachpublikationen. Hierbei wurde auch eine zunehmende "Ablösung von den Texten und auch von der Terminologie der Interviewten" nötig ("soziologische Konzeptualisierung" nach Meuser/Nagel 2005a: 88), um inhaltliche Parallelen zwischen empirisch gewonnenen und bestehenden theoretischen Konzepten in der Begriffswahl aufgreifen zu können.

Beim Codieren Typ III-b zeigte sich eine gravierende Grenze des verwendeten hierarchischen Kategoriensystems: Die Darstellbarkeit der zwischen den Kategorien aufgedeckten Beziehungen blieb auf hierarchische Relationen beschränkt (vgl. Kuckartz 2005: 184f). Die Abbildung von sequenziellen Beziehungen, Wechselbeziehungen oder Rückkopplungsprozessen war nicht möglich. Zwar wurden zur Überbrückung dieser Schwierigkeit Memos eingesetzt (die meisten Memos enthielten Notizen über nichthierarchische Beziehungen zwischen Codes oder Kategorien); die Analysetätigkeit wurde insgesamt jedoch erschwert.

Das **Codieren Typ IV** diente der Überprüfung, Überarbeitung, Ausdifferenzierung und Präzisierung des erstellten Kategoriensystems sowie der Integration der Codes und Kategorien in einen gemeinsamen theoretischen Rahmen. Hierfür wurden die von Strauss und Corbin (1996) als axiales und selektives Kodieren bezeichneten Vorgehensweisen genutzt, welche die gezielte Suche nach den für die Validierung, das Auffüllen und die "Sättigung" von Kategorien und Beziehungen geeigneten Belegen beinhalten.

Das Codieren Typ IV erfolgte aufgrund der Verschränkung von Datenerhebung und Datenauswertung fortlaufend und fand mit Hilfe des als "theoretical sampling" beschriebenen Vorgehens auf zweierlei Weise statt: Die zunächst hypothetischen Aussagen wurden entweder anhand bereits gesichteter Daten oder anhand neuer Daten ("im Feld") validiert. Im ersten Fall wurde ein theoretical sampling innerhalb des bereits erhobenen Datenmaterials durchgeführt (vgl. Strauss/Corbin 1996: 164). Mayring bezeichnet dieses Vorgehen im Rahmen der sequenziell ausgerichteten Inhaltsanalyse als "Rückkopplungsschleife" (2000b: [12]). Teile des vorhandenen und teilweise codierten Datenmaterials wurden erneut nach inhaltlichen Erwägungen ausgewählt und gezielteren Analysen unterzogen. Bisher nicht codierte Textabschnitte ließen sich durch die vollständige Rückgriffoption auf die Quelltexte leicht finden. Bereits codierte Textsegmente waren darüber hinaus durch die vielfältigen Varianten des Text-Retrievals nach verschiedenen Kriterien zusammenstellbar (Liste der Codings). Auch das Explorieren der Texte über die gezielte "lexikalische Suche" nach Worten oder Wortkombinationen wurde hierfür eingesetzt (vgl. Kuckartz 2005: 24, 123ff). Im zweiten Fall war es durch das "theoretical sampling" möglich, vorläufige Kategorien und deren Beziehungen auch an "neu" erhobenem Datenmaterial zu überprüfen. Die hierbei nötige Selektion nach dem Prinzip der maximalen Variation sowie die vorhandenen Gren-

zen im Untersuchungsfeld wurden im Abschnitt 6.2.1 erläutert. Auch beim Codieren Typ IV spielten thematische Vergleiche zwischen ausgewählten Aussagen einzelner Personen oder Personengruppen eine zentrale Rolle. Diese Vergleiche waren über die getrennte Abfrage (Aktivierung) einzelner Textsegmente, Texte und Textgruppen möglich.

Das entstehende Kategoriensystem sollte aufgrund der Forschungsfrage - insbesondere für zentrale Teilaspekte - weitestmöglich ausdifferenziert werden. Obwohl die Verwendung der QDA-Software ermöglichte, alle Codings und Codes übersichtlich darzustellen beziehungsweise gezielt ein- oder auszublenken, konnten unterschiedliche Abstraktionsniveaus nur begrenzt als Hierarchieebenen²⁰ im entstehenden Kategoriensystem wiedergegeben werden, weil die zunehmende Anzahl von Subkategorien die Überschaubarkeit des Gesamtsystems erheblich eingeschränkte. Daher waren nicht nur Änderungen vorläufig vergebener Code-Bezeichnungen, sondern auch Auflösungen bereits gebildeter Codes erforderlich.

Kuckartz spricht davon, dass Codesysteme in der Praxis überwiegend "auf zwei Ebenen ausdifferenziert" werden (2005: 189). Die Zielsetzung dieser Studie, eine qualitative Bedarfsbeschreibung anzufertigen, erforderte zunächst die Erfassung der größtmöglichen Vielfalt. Die fortgesetzte Analyse des Textmaterials führte daher zu einem umfangreichen Kategoriensystem mit etwa 1900 codierten Textsegmenten (Codings). Um die Detailliertheit der Analyseergebnisse nicht vorzeitig zu verlieren, wurden 198 Auswertungscodes auf insgesamt sechs Hierarchieebenen beibehalten (siehe Anhang).

Die "theoretische Sättigung" (Glaser/Strauss 1998: 117f) von Kategorien und Beziehungen war erreicht, wenn im neu analysierten Datenmaterial einerseits mehrfache Belege für die Angemessenheit des aufgestellten Systems zu finden waren und andererseits die zu codierenden Textsegmente keine zusätzlichen Teilaspekte (auf dem gewählten Abstraktionsniveau) mehr erkennen ließen. Hierbei zeigte sich, dass die "theoretische Sättigung" wegen der thematischen Komplexität insbesondere auf geringeren Abstraktionsniveaus nie vollständig erreicht werden kann. Sie wird auch von Flick (2004: 107) als unscharfes Kriterium kritisiert. Aufgrund der im hierarchischen Kategoriensystem fehlenden Darstellungsmöglichkeit für nichthierarchische Beziehungen wurde die weitere Überarbeitung dieses Kategoriensystems schließlich abgebrochen und die Integration der Forschungsergebnisse im Rahmen der entstehenden Niederschrift fortgesetzt. Zusätzliche Memos wurden handschriftlich in die jeweiligen Papierversionen dieser Schrift aufgenommen und/oder als rot markierter Vermerk in das Dokument eingefügt.

²⁰ Codings können z.B. über gezielte Abfragen in einem separaten Fenster zusammengestellt, Codes mit Farbattributen versehen und ebenenweise ein- bzw. ausgeblendet werden. Das Programm MAXQDA2 ermöglicht die Staffelung von bis zu zehn Hierarchieebenen.

In die weiteren Analysen waren die in Form von Memos festgehaltenen Beziehungen, Querverweise und Erinnerungen ebenso wie die Ergebnisse der parallel fortgesetzten Literaturanalyse zu integrieren. Mit dem Hinweis "Das Geschichtenerzählen und seine sequenzielle Ordnung sind der Schlüssel zum Ordnen der Kategorien in einer klaren Art und Weise" unterstreichen Strauss und Corbin (1996: 105) die Notwendigkeit einer sequenziellen Ordnung. Die Integration der Forschungsergebnisse sollte nicht nur Bedarfsarten, sondern auch relevante Kontextfaktoren abbilden. Dieser Ordnungs- und Integrationsprozess beinhaltete die wiederholte und unerwartet langwierige Auseinandersetzung mit verschiedenen Widersprüchen und "Brüchen" in den Darstellungen. Um eine inhaltlich kohärente Ordnung der Darstellungen zu erreichen, war sowohl eine Vielzahl von Selektionen als auch das mehrmalige Umordnen, Umbenennen und Umschreiben des Abschnittes "Forschungsbefunde" nötig. Im Abschnitt 9.7 wird die Rolle der Forscherin in diesem Prozess reflektiert.

Die bereits unter Codieren Typ III-a beschriebenen Verallgemeinerungsprozesse ermöglichten die Verwendung zunehmend abstrakterer Konzepte und so eine Komplexitätsreduktion beziehungsweise "terminologische Reduktion", die zur "Sparsamkeit in der Verwendung von Variablen und Formulierungen" (Glaser/Strauss 1998: 116f) als wesentlichem Erfordernis von Theorie beitrug. Die Integration der Forschungsergebnisse erfolgte schließlich auch unter Bezugnahme auf "formale Theorien" (a.a.O.: 50ff), um inhaltliche Parallelen und Differenzen herauszustellen, Präzisierungen vorzunehmen und Anschlussmöglichkeiten für die Fachdiskussion zu schaffen (vgl. Meuser/Nagel 2005a: 88ff). Obwohl der Prozess der Theoriegenerierung oder der "Integration von Theorie" nach Glaser und Strauss (1998: 49f) nie endgültig beendet sein kann, erfolgt nun unter Nutzung geeigneter Auswertungskategorien die Darstellung und Diskussion der Forschungsbefunde.

7. Forschungsbefunde

Das siebente Kapitel dient der Vorstellung und Diskussion der zentralen Untersuchungsergebnisse. Es ist in acht Abschnitte unterteilt:

Der erste Abschnitt (7.1) enthält einige Vorüberlegungen zur Präsentation der Ergebnisse. Hier werden die Notwendigkeit vorzunehmender Selektionen und der Umgang mit der im Datenmaterial vorhandenen Sequenzialität thematisiert.

Im zweiten Abschnitt (7.2) erfolgt anhand im Untersuchungsfeld genannter Bedarfsarten eine überblicksartige qualitative Bedarfsbeschreibung. Die Beschreibungskategorien werden vergleichend zu den in anderen Studien beschriebenen Bedarfsarten diskutiert.

Im dritten Abschnitt (7.3) werden ausgewählte Arten elterlichen Unterstützungsbedarfs hinsichtlich zentraler Beschreibungsmerkmale vorgestellt und anhand exemplarischer Aussagen der Gesprächspartner(innen) veranschaulicht.

Der vierte Abschnitt (7.4) dient der Einführung in die differenzierteren Analysen zu den hierarchischen und nichthierarchischen Beziehungen zwischen einzelnen Bedarfsarten.

Im fünften Abschnitt (7.5) wird ein aus den empirischen Daten rekonstruiertes Prozessmodell der Bedarfsfeststellung vorgestellt, welches die im Untersuchungsfeld genannten Bedarfsbegründungen auf erhöhtem Abstraktionsniveau integriert.

Der sechste Abschnitt (7.6) enthält eine zusammenfassende Diskussion der vorgestellten Bedarfsbegründungen beziehungsweise des vorgestellten Prozessmodells.

Im siebenten Abschnitt (7.7) werden ausgewählte Angaben der Gesprächspartner(innen) zur Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs von verschiedenen Einflussfaktoren systematisiert.

Im achten Abschnitt (7.8) erfolgt eine knappe Bezugnahme auf die Möglichkeit, quantitative Bedarfsbeschreibungen vorzunehmen.

7.1 Vorüberlegungen

7.1.1 Selektionen

Das Vorgehen bei der Analyse des Datenmaterials war zunächst geleitet von der Absicht, eine überschaubare Anzahl beschreibender und hierarchisch geordneter Kategorien zu den Arten elterlichen Unterstützungsbedarfs zu generieren. Diese sollten dann gegebenenfalls mit den im dritten Kapitel vorgestellten Kategorien verglichen werden. Darüber hinaus sollte auch die Option genutzt werden, Begründungen und relevante Kontextfaktoren zu erfassen. Die hierzu erarbeiteten Vorüberlegungen waren in die untersuchungsleitende Fragestellung und das erstellte Codierparadigma eingeflossen. Im Abschnitt 6.2.2 wurde die Erarbeitung eines Systems von Auswertungskategorien ausführlich beschrieben sowie begründet, warum die relativ große Anzahl von Auswertungskategorien und Hierarchieebenen während der gesamten Auswertungsphase beibehalten wurde.

Für die Präsentation der Forschungsergebnisse waren nun erneute Selektionen nötig (vgl. Flick 2004: 97ff). Eine erste Selektionsnotwendigkeit ergab sich aus dem Umstand, dass nicht alle Auswertungskategorien auch als Beschreibungskategorien verwendbar waren. Deren Verwendbarkeit ergab sich unter anderem aus ihrer Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung und aus ihrem Abstraktionsgrad (vgl. Glaser/Strauss 1998: 119). Eine weitere Selektionsnotwendigkeit resultierte aus der angestrebten Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Zur Veranschaulichung der vorgestellten Ergebnisse wird nachfolgend die von Flick (2004: 317f) als "selektive Plausibilisierung"²¹ bezeichnete Vorgehensweise genutzt. Auch nach Meuser und Nagel erfolgt die Dokumentation der durch thematische Vergleiche festgestellten Gemeinsamkeiten und Unterschiede anhand typischer Äußerungen (2005a: 80). Mayring nutzt typische Textpassagen als "Ankerbeispiele" für die Interviewauswertung (2000a: 473). Ein solches Vorgehen erscheint sinnvoll, weil die Interviewauswertung eine theoretische Begriffsbildung erfordert (vgl. Witzel 1996: 65f) und zur Begriffsbildung wiederum ideale Vertreter, repräsentative Beispiele oder Prototypen (Edelmann 1996: 180ff) benötigt werden. Die zweitgenannte Selektionsnotwendigkeit betraf also die Frage, welche Textsegmente jeweils als "passende Illustration" (Glaser/Strauss 1998: 114) auszuwählen waren. Auch hierfür wurden die Empfehlungen der genannten Autoren genutzt. Die in den ausgewählten Textsegmenten enthaltenen Unterstreichungen verweisen auf Betonungen, Punkte auf Pausen (siehe Transkriptionsregeln).

Für die vorliegende Untersuchung wurden verschiedene Datenquellen genutzt (vgl. Abschnitte 6.1 und 6.2.1.1). Diese werden in der nachfolgenden Präsentation der Forschungsergebnisse berücksichtigt, indem die Ergebnisse jeweils im Hinblick auf die einzelnen Perspektiven erörtert werden. Auf weitere Selektionsentscheidungen wird an entsprechender Stelle verwiesen.

²¹ Da, wie Flick bemerkt, mit der selektiven Plausibilisierung "das Problem der Nachvollziehbarkeit nicht hinreichend gelöst" ist (2004: 318), wurden hierfür weitere Methoden genutzt, welche separat im neunten Kapitel diskutiert werden.

7.1.2 Sequenzialität

7.1.2.1 Sequenzialität im Textmaterial

Im Abschnitt 6.2.2 wurde erläutert, dass die Datenauswertung anhand "thematischer Einheiten" erfolgte (Codieren Typ II). Mögliche "thematische Einheiten" waren auch in den vorbereiteten Gesprächsleitfäden enthalten; das zugehörige Textmaterial fand sich in den Gesprächsprotokollen jedoch aufgrund der Orientierung der Gesprächsverläufe an den individuellen Relevanzsetzungen der Befragten in verschiedenen Abschnitten. Um einzelne Textsegmente als thematische Einheiten zusammenstellen zu können, musste daher die Reihenfolge der Aussagen aufgelöst, zergliedert oder "zerstückelt" (Glaser/Strauss 1998: 114) werden. "Das Zerreißen der Sequenzialität des Textes auch innerhalb von Passagen ist erlaubt und notwendig, weil nicht die Eigenlogik des Einzelfalls Gegenstand der Auswertung ist.", schrieben hierzu Meuser und Nagel (2005a: 85).

Im weiteren Verlauf des Analyseprozesses wurden jedoch auch die von den Gesprächspartner(inne)n hergestellten Bezüge zwischen diesen Einheiten in die Auswertung einbezogen, so dass sich die zunächst verlorene Sequenzialität - zumindest für inhaltlich zusammenhängende, umfangreichere Textpassagen (Sinneinheiten) - weitgehend rekonstruieren ließ. Hierbei zeigte sich auch eine über einzelfallbezogene Verläufe hinausführende Regelmäßigkeit, welche zugleich die beiden Gruppen der Gesprächspartner(innen) voneinander unterschied (vgl. Abschnitt 6.2.1.3):

Tabelle 29: Sequenzialität im Textmaterial

Professionelle Gesprächspartner(innen)
Professionelle berichteten auf die Frage nach dem elterlichen Unterstützungsbedarf häufig zunächst über von ihnen durchgeführte Unterstützungshandlungen sowie geschaffene und/ oder genutzte Bedingungen. Deren Notwendigkeit wurde nachfolgend anhand verschiedener Argumente begründet; hierzu wurden zum Beispiel (überwiegend gruppenbezogene) Aussagen über elterliches Erleben und Verhalten formuliert. Diese Begründungen konnten durch die beschriebene Auswertung des erhobenen Materials systematisiert werden.
Elterliche Gesprächspartner(innen)
Elterliche Äußerungen bezogen sich im Gegensatz hierzu häufiger zunächst auf das jeweils eigene (individuelle) aktuelle Erleben - in diesem Zusammenhang wurden beispielsweise Aspekte wie (Un-)Zufriedenheit, Belastung oder Freude thematisiert. Zur nachfolgenden Begründung des berichteten Erlebens wurden eigene Beschreibungen und Bewertungen aufgeführt. Die Äußerung konkreter Wünsche im Hinblick auf professionelle Unterstützungsleistungen stand in engem Zusammenhang mit erlebter und berichteter (Un-)Zufriedenheit.

Deutliche Unterschiede in Bezug auf die Charakteristika der Interviews mit Eltern und mit Professionellen ("difference in the vantage points between parents and health care providers") wurden beispielsweise auch von Able-Boone und Mitarbeitern diskutiert (1989: 136). Neben den in den Gesprächsverläufen erkennbaren unterschiedlichen Ausgangspunkten und thematischen Gewichtungen

der beiden Befragtengruppen konnten in der hier vorliegenden Studie jedoch auch vielfältige Parallelen aufgedeckt werden.

7.1.2.2 Sequenzialität der Ergebnisdarstellung

Hinweise für die Darstellung qualitativer Forschung fanden sich unter anderem in den Publikationen von Strauss und Corbin (1996: 197ff) sowie Matt (2000). "Die Darstellung von Ergebnissen und der Prozesse, die zu ihnen geführt haben", bezeichnet Flick als eines "der ungelösten Probleme qualitativer Forschung" (1995: 169). Die Präsentation der Forschungsbefunde erforderte - ebenso wie die zuvor erfolgte Darstellung des Forschungsprozesses - eine lineare Beschreibung komplexer Sachverhalte. Diese konnte nach Flick entweder in Form von Geschichten oder in Form von Theorien erfolgen (2004: 346ff). Demnach waren zwei unterschiedliche Präsentationsformen möglich.

Einerseits erschien es im Bestreben um größtmögliche Transparenz sinnvoll, die "Generierung der Theorie" (Glaser/Strauss 1998: 41) im Prozessverlauf chronologisch nachzuzeichnen. Dieses Vorgehen würde die Eindrücke und die teilweise "verschlungenen Pfade" des Forschungsprozesses wiedergeben. Andererseits müssten die modellhaft rekonstruierten²², der Bedarfsfeststellung voraus laufenden Interpretationsprozesse auf diese Weise "rückwärts" nachvollzogen werden, da diese erst über die schrittweise Analyse der Bedarfsbegründungen erschlossen werden konnten. Außerdem war der Ablauf des Datenanalyseprozesses ohnehin unter methodischer Schwerpunktsetzung separat zu erläutern.

Daher erschien für eine inhaltlich kohärente Präsentation der Ergebnisse die zweitgenannte Möglichkeit geeigneter. Diese ließ auch die Option zur Herstellung umfassenderer Theoriebezüge und damit zur Entwicklung erweiterter Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand erwarten. Glaser und Strauss meinen, nicht die "gelehrte Beschreibung" sei die entscheidende Aufgabe des Forschers, sondern das Einbringen einer neuen Perspektive durch die (empirisch begründete) Theorie (1998: 40). Theorien dienen der Systematisierung des Wissens über die Phänomene in einem bestimmten Bereich und ermöglichen im Gegensatz zur Deskription auch Erklärungen und Voraussagen (Häcker/Stapf 1998, vgl. Glaser/Strauss 1998: 51). Dementsprechend wird in der psychologischen Theoriebildung zwischen deskriptiven und explikativen Konstrukten unterschieden (Edelmann 1996: 184). Um diesen Anspruch einzulösen, muss die Darstellung der im Untersuchungsfeld vorgefundenen Komplexität durch nachvollziehbare, empirisch abgesicherte Konzepte auf verschiedenen Abstraktionsniveaus überschaubar strukturiert werden. Insbesondere im Hinblick auf die Präsentation der Ergebnisse zu den erhobenen Bedarfsbegründungen wurde daher die zweitgenannte Darstellungsform gewählt. Der Forschungsprozess wird unter inhaltlichem Aspekt nachfolgend nur noch einmal knapp umrissen. Zusätzliche Details, insbesondere auch zur Rolle der Forscherin in diesem Prozess, sind dem Abschnitt "Reflektierte Subjektivität" zu entnehmen.

²² Inwieweit diese aus Begründungen rekonstruierten Prozesse als Abbild tatsächlich stattfindender Prozesse gelten können, wird an anderer Stelle erörtert.

7.2 Qualitative Bedarfsbeschreibung - Überblick

7.2.1 Bedarfsarten

Das Textmaterial enthielt vielfältige Angaben zum elterlichen Unterstützungsbedarf, welche neben einzelnen Bedarfsarten auch deren Relevanz, Begründung oder Abhängigkeit betrafen. Textsegmente zu den Bedarfsarten wurden entsprechend der untersuchungsleitenden Fragestellung über frühe Co-dierprozesse gezielt und unter Nutzung im Feld verwendeter Begrifflichkeiten erfasst. Die zu Beginn erstellte Kategorie "Bedarfsarten" wurde später jedoch wieder aufgelöst. Von den elterlichen Gesprächspartner(inne)n stammende Textsegmente wurden unter der Kategorie "Wünsche", von den professionellen Gesprächspartner(inne)n stammende Textsegmente unter der Kategorie "Unterstützungsform - Art" zusammengestellt. Die hierbei gebildeten Codes wurden im weiteren Analyseprozess nach inhaltlichen Kriterien ausdifferenziert beziehungsweise zusammengeführt, so dass Bedarfsbeschreibungen unterschiedlicher Abstraktionsniveaus entstanden.

Da die Analysen zu den einzelnen Codes nicht ausschließlich hierarchische, sondern vielfältige weitere, insbesondere auch wechselseitige Beziehungen zu jeweils anderen Codes offenbarten, war es nicht möglich, eine schlüssige hierarchische Aufstellung der erhobenen Bedarfsarten vorzunehmen. Aus diesem Grund entschied sich die Autorin für die Erstellung eines linearen Kategoriensystems, welches nur die auf den höheren Abstraktionsniveaus gebildeten Kategorien enthält und die zwischen diesen Kategorien bestehenden Beziehungen nicht wiedergibt. Diese Beziehungen werden jedoch in den nachfolgenden Abschnitten erläutert. Es erfolgt keine Trennung nach Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektiven, da hierfür ein systematischerer Vergleich zwischen den beiden Teilgruppen auf der Basis größerer, repräsentativer Stichproben und eines verbindlichen Kategoriensystems erforderlich gewesen wäre. Auch eine Reihung nach Relevanzsetzung hätte ein solches Kategoriensystem vorausgesetzt; ein Anspruch auf Vollständigkeit kann jedoch aufgrund des Studiendesigns nicht erhoben werden. Je nach Reichweite des Bedarfskonzepts würden die Bedarfsarten ohnehin nicht nur die unten genannten Kategorien umfassen, sondern beispielsweise auch Voraussetzungen zur Befriedigung elementarer menschlicher Grundbedürfnisse und professionelle Bemühungen zur Bedarfsfeststellung einschließen (vgl. Abschnitt 7.5). Weil die gebildeten Kategorien in mehrfacher Wechselbeziehung zueinander stehen und daher nicht überschneidungsfrei formuliert werden konnten, wurde die Auflistung nicht nach thematischer Zugehörigkeit, sondern in alphabetischer Reihenfolge erstellt.

Tabelle 30: Bedarfsarten (alphabetische Ordnung)

<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz • Anleitung • Austausch • Begleitung • Beratung • Beschreibung • Besuchsmöglichkeiten • Bewertung • Effektivität/Effizienz • Entlastung • Erklärungen • Erreichbarkeit • Finanzierung • Gerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräche • Hilfe(stellung) • Hoffnung • Information • Kommunikation • Kompetenz • Kontakt • Kontinuität • Motivation • Normalität • Orientierung • Perspektive • Raum • Reflexion 	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt • Ruhe • Selbständigkeit • Sicherheit • Struktur • Übung/Training • Unterkunft • Verantwortung • Vertrauen • Vorbereitung • Wissen • Zeit
--	---	--

7.2.2 Thematischer Vergleich

Trotz der oben genannten Einschränkungen können die entstandenen Kategorien nun in Beziehung zu in früheren Studien erhobenen Bedarfsarten (vgl. Abschnitt 3.2) gesetzt werden. Thematische Vergleiche führten zur Feststellung inhaltlicher Parallelen; aufgrund der Mehrdeutigkeit sowohl deutsch- als auch englischsprachiger Bezeichnungen muss hierbei jedoch eine relative begriffliche Unschärfe in Kauf genommen werden. Ein Großteil der benannten Bedarfsarten ließ sich auch in den gesichteten Erhebungsinstrumenten (teilweise auf Skalen- und teilweise auf Itemebene) finden. Die in der folgenden Tabelle aufgeführten, der Veranschaulichung dienenden Beispiele geben nicht alle, sondern nur einige der mit der jeweiligen Kategorie verbundenen Bedeutungen beziehungsweise Teilaspekte wieder.

Tabelle 31: Bedarfsarten (Parallelen)

Kategorie	Beispiel	Ebene
Akzeptanz	"to feel accepted by the hospital staff" "to be allowed to help with my infant's physical care"	Item (NICU FNI)
Anleitung	"to be given directions about how I can provide care to my infant in the NICU"	Item (NICU FNI)
	"to have classes about premature infants and their special care needs"	Item (NICU FNI)
	"education" (Conner/Nelson 1999)	Konzept
Austausch	"to share my feelings about what has happened" "to be able to talk to other parents whose infant is in the NICU or has had a similar situation" "to have a support group of other families available"	Item (NICU FNI)
Begleitung	"to have another person with me when visiting my infant in the NICU"	Item (NICU FNI)

Beratung	s.u.	
Beschreibung	"information" (Bass 1991)	Kategorie
	"to know how my infant is treated medically"	Item (NICU FNI)
Besuchsmöglichkeiten	"to be able to visit at any time" "to see my infant frequently" "to be allowed to have my infant's sibling(s) visit"	Item (NICU FNI)
	"proximity"	Skala (NICU FNI)
	"proximity" (Conner/Nelson 1999)	Konzept
	"attachment needs" (Conner/Nelson 1999)	Teil-Konzept
Bewertung	"to be assured, that the best care possible is being given to my infant", "to feel it is alright to cry"	Item (NICU FNI)
Effektivität / Effizienz	"ensure the safety and efficacy of neonatal treatments" (Harrison 1993)	Prinzip
Entlastung	s.u.	
Erklärungen	"to know why things are done to my infant" "to have explanations given that are understandable"	Item (NICU FNI)
	"information giving" (Conner/Nelson 1999)	Teil-Konzept
Erreichbarkeit	"to have a support group of other families available"	Item (NICU FNI)
Finanzierung	s.u.	
Gerechtigkeit	s.u.	
Gespräche	"to talk to the doctor caring for my infant every day"	Item (NICU FNI)
Hilfe(-stellung)	"to receive help in responding to the reactions of my infant's sibling(s)" "to have someone to help with transportation"	Item (NICU FNI)
Hoffnung	"to feel there is hope"	Item (NICU FNI)
Information	"to be given reading material concerning my infant's medical concerns"	Item (NICU FNI)
	"information regarding the infant's status" (C/B) ²³	Bereich
	"information"	Skala (NICU FNI)
	"information giving" (Conner/Nelson 1999)	Teil-Konzept
	"consistent information" (Conner/Nelson 1999)	Konzept
	"information" (Bass 1991)	Kategorie
Kommunikation	"to be called at home about important changes in my infant's condition"	Item (NICU FNI)
	"communication" (Conner/Nelson 1999)	Konzept
	"open and honest communication" (Harrison 1993)	Prinzip
Kompetenz	"physician training" (Harrison 1993)	Prinzip
	"promote parenting skills" (Harrison 1993)	Prinzip

Kontakt	"To hold my infant in my arms and against my skin as soon as I can"	Item (NICU FNI)
	"proximity"	Skala (NICU FNI)
	"attachment/parenting" (Bass 1991)	Kategorie
Kontinuität	"to talk to the same nurse most of the time"	Item (NICU FNI)
	"consistency in care" (Conner/Nelson 1999)	Teil-Konzept
Motivation	"to feel there is hope"	Item (NICU FNI)
Normalität	s.u.	
Orientierung	s.u.	
Perspektive	"to know the expected outcome for my infant"	Item (NICU FNI)
Raum	"to have a private place to breastfeed or use a breast pump"; "to have a bathroom near the waiting room"	Item (NICU FNI)
	"comfort"	Skala (NICU FNI)
	"NICU environment" (Harrison 1993)	Prinzip
	"rooming-in" (Harrison 1993)	
Reflexion	s.u.	
Respekt	s.u.	
Ruhe	"to have the neonatal unit quiet and lights dimmed at regular times to let my infant rest"	Item (NICU FNI)
Selbständigkeit	s.u.	
Sicherheit	"to be assured that the best care possible is being given to my infant" "to feel that the hospital personnel care about my infant" "to see that the NICU staff provide comfort to my infant, such as giving my infant a pacifier, using blankets ..."	Item (NICU FNI)
	assurance	Skala (NICU FNI)
	assurance (Conner/Nelson 1999)	Konzept
	safety (Harrison 1991)	Prinzip
Struktur	s.u.	
Übung/ Training	"to have classes about premature infants and their special care needs"	Item (NICU FNI)
Unterkunft	s.u.	
Verantwortung	"participation" (Conner/Nelson 1999)	Konzept
	"maximum involvement" (Harrison 1993)	Prinzip
	"right to make decisions" (Harrison 1993)	Prinzip
Vertrauen	"trust" (Conner/Nelson 1999)	Teil-Konzept
	"the (parents') need to trust" (Shields et al. 2004)	Kategorie
	"the need to be trusted" (Shields et al. 2004)	Kategorie

Vorbereitung	"to be told about the environment before going into the neonatal intensive care unit (NICU) for the first time"	Item (NICU FNI)
	"to be told about transfer plans while they are being made"	Teil-Konzept
	"preparedness" (Conner/Nelson 1999)	
	"information" (Harrison 1993)	
Wissen	"to know exactly what is being done for my infant" "to know the expected outcome for my infant"	Item (NICU FNI)
Zeit	s.u.	

7.2.3 Diskussion

Die Mehrzahl der im Abschnitt 7.2.1 aufgeführten Bedarfsarten findet sich auch in den gesichteten Studien. Viele Kategorien sind in standardisierten Erhebungsinstrumenten auf Itemebene, einige auch auf Skalenebene vertreten. Dies lässt darauf schließen, dass es sich um zentrale Arten elterlichen Unterstützungsbedarfs im neonatologischen Untersuchungsfeld handelt. Die Nutzung von Items und Skalen für die empirische Bedarfserfassung zeigt zudem die Bemühungen der Autoren, den elterlichen Unterstützungsbedarf hierarchisch zu beschreiben (vgl. Abschnitt 3.2). Aufgrund der erfolgten faktorenanalytischen Ordnung fehlt einigen dieser Items jedoch ihr Erklärungspotenzial. So wurden beispielsweise die NICU-FNI-Items Nr. 26: "to feel it is alright to cry" und Nr. 36: "to be allowed to help with my infant's physical care" der Skala "information" zugeordnet (vgl. Nicholas 2006). Diese Zuordnung wäre erst unter der Interpretation nachvollziehbar, dass sich beide Items auf den Erhalt bewertungsrelevanter Informationen bezögen. Die Bildung einer entsprechenden Subkategorie würde zwar die empirische Bedarfserfassung nicht erleichtern, jedoch eine inhaltlich begründete Ordnung der Bedarfsarten, eine systematischere Beschreibung des Unterstützungsbedarfs und auch die Herstellung theoretischer Bezüge ermöglichen.

Einige der im Abschnitt 7.2.1 aufgeführten Bedarfsarten werden nicht oder nur marginal in den gesichteten Studien erwähnt. Dies betrifft konkret die Kategorien Beratung, Entlastung, Finanzierung, Gerechtigkeit, Normalität, Orientierung, Reflexion, Respekt, Selbständigkeit, Struktur, Unterkunft und Zeit. Selbstverständlich wäre denkbar, dass es sich hierbei um anderenorts irrelevante Bedarfsarten handelt. Näher läge die Erklärung, dass diese Bedarfsarten zwar im Praxisfeld eine Rolle spielen, sich jedoch aufgrund unterschiedlicher Abstraktionsniveaus und/oder sprachlicher Formulierungen nicht ohne Weiteres wiedererkennen lassen.

Die Kategorie "Verantwortung" beispielsweise ist eine abstrakte Kategorie. Endacott wies auf deren Verbindung zum Konzept des Bedarfs hin (vgl. Abschnitt 2.7). Die ebenfalls abstrakte Kategorie "Zeit" stellt zugleich eine Grundvoraussetzung zur Deckung anderer Bedarfsarten dar. "Entlastung" und "Kompetenz" fassen als abstrakte Kategorien verschiedene Subkategorien (z.B. Angst-/Hilflosigkeitsreduktion bzw. Wissen/Können) zusammen. Auch "Beratung" ist eine recht abstrakte Kategorie (vgl. Abschnitt 2.6), schließt beispielsweise Gesprächs-, Erklärungs-, Informations- oder Kommunikationsbedarf ein und beschreibt eher die Art der Informationsvermittlung als die Informationsinhalte.

Reflexionsbedarf hingegen wäre als mögliche Subkategorie mehrerer Bedarfsarten (z.B. "Gespräche" und "Austausch") zu verstehen. "Respekt" könnte mit der Bedarfsart "Akzeptanz" in einer übergeordneten Kategorie zur Beschreibung notwendiger Einstellungen des Klinikpersonals zusammengefasst werden. Allerdings umfasst "Akzeptanz" auch weitere Bedeutungen, welche hier nicht zuzuordnen wären. Der elterliche Bedarf an "Normalität" könnte als Subkategorie zur Kategorie "Bewertung" zählen; elterliche Bewertungen können wiederum durch professionelle Einstellungen und professionelle Informationsvermittlung beeinflusst werden. Einige Bedarfsarten werden demnach möglicherweise anderenorts nicht genannt, weil sie selbst eher Unterstützungsvoraussetzungen oder -ziele als Unterstützungsformen beschreiben. Die Bedarfsart "Selbständigkeit" beispielsweise erfasst angestrebte Zustände, welche durch verschiedene Formen professioneller Unterstützung (z.B. Anleitung) gezielt herbeigeführt werden sollen. Dem elterlichen Bedarf an "Finanzierung" oder "Unterkunft" wäre unter anderem durch die Unterstützungsform "Hilfestellung" (z.B. beim Ausfüllen von Antragsformularen), dem elterlichen Bedarf an "Orientierung" durch "Informationsvermittlung" zu entsprechen. Der Bedarf an "Struktur" kann unter anderem Merkmale zu vermittelnder Informationen betreffen, auf die Erkennbarkeit von Regelmäßigkeiten abzielen und damit in Verbindung zu Bedarfsarten wie "Kontinuität", "Orientierung", "Perspektive" und "Vorbereitung" stehen.

7.2.4 Weiteres Vorgehen

Da eine ausschließlich alphabetische Reihung von Bedarfsarten recht unbefriedigend und wenig praxisrelevant erschien, wurde das erhobene Textmaterial gezielt im Hinblick auf implizite Ordnungskriterien analysiert. Die aufgelisteten beschreibenden Kategorien sollten sowohl hinsichtlich jeweils enthaltenen Teilaspekte umfassender ausdifferenziert werden als auch unter Beachtung der zwischen ihnen offenbarten thematischen Bezüge inhaltlich begründet geordnet werden.

7.3 Qualitative Bedarfsbeschreibung - Beispiele

Neben hierarchischen fanden sich auch sequenzielle, Wechsel- und spiralförmige ("Rückkopplungs-") Beziehungen zwischen einzelnen Bedarfsarten. Beispielsweise diente die Kategorie "Entlastung" weniger der Beschreibung konkreter Unterstützungsformen oder -bedingungen als vielmehr der Beschreibung deren erstrebenswerter Auswirkungen. Die Ausdifferenzierung und Präsentation aller erfassten Teilaspekte und komplexen Beziehungen auf dem für die aufgeführten Kategorien gewählten Abstraktionsniveau hätte die zusätzliche Darstellung der Studienergebnisse zu den Bedarfsbegründungen im Rahmen der vorliegenden Publikation ausgeschlossen. Daher werden nachfolgend nur einige Bedarfsarten exemplarisch anhand zentraler Beschreibungsaspekte (Arten, Abhängigkeit, Methoden/Unterstützungsformen und Folgen) detaillierter präsentiert. Weitere Analyseergebnisse werden in den Abschnitten 7.4 bis 7.6 auf einem erhöhten Abstraktionsniveau vorgestellt. Dies gestattet es, "die Vielfalt der Erscheinungen reduzierend zu strukturieren" (Greve 1997: 68) und die einzelnen Bedarfsarten in ein modellhaftes Gesamtkonzept zu integrieren.

Die Auswahl der Bedarfsarten erfolgte nach Einschätzung ihrer Relevanz, welche sowohl aus ihrer Nennungshäufigkeit²³ und ihrer Relevanzbetonung von Seiten der Befragten als aus ihrer Vorrangstellung in den gesichteten Fachpublikationen abgeleitet wurde. Diese Relevanzeinschätzung ist jedoch nicht als verbindliche Bewertung zu verstehen, da zwischen den ausgewählten und den nicht ausgewählten Bedarfsarten vielfältige Wechselbeziehungen bestehen. Zu den einzelnen Kategorien liegen jeweils Aussagen sowohl von professionellen als auch von elterlichen Gesprächspartner(inne)n vor. Die Reihung der Bedarfsarten wurde nach inhaltlichen Bezügen vorgenommen, welche den Abschnitten 7.3 und 7.5 zu entnehmen sind. Es werden die Bedarfsarten Orientierung, Information, Kontakt, Entlastung, Akzeptanz, Motivation, Kompetenz, Kontinuität, Verantwortung, Vertrauen/Sicherheit, Vorbereitung und Zeit/Ruhe vorgestellt.

7.3.1 Orientierung

Arten: Der elterliche Orientierungsbedarf wurde in vielen Gesprächssequenzen in globaler Weise beschrieben. In detaillierteren Angaben bezieht er sich insbesondere auf jeweils aktuelle Zustände als auch auf erwartbare Zustände und Prozesse. Der letztgenannte Aspekt steht in Bezug zum Bedarf an "Vorbereitung" (Abschnitt 7.3.10).

Abhängigkeit: Der elterliche Orientierungsbedarf ist den Angaben zufolge vor allem zu Beginn des Klinikaufenthalts sowie grundsätzlich beim Eintritt unbekannter und/oder unerwarteter Situationen (z.B. Verlegung) am höchsten. Da das Ausmaß an "Unbekanntheit" und "Unerwartetheit" wiederum im Zusammenhang mit individuell unterschiedlichen Vorerfahrungen und erfolgten Vorbereitungen steht, wurde der Umfang des Orientierungsbedarfs damit als abhängig sowohl von situativen (zeitlichen) als auch von personellen Faktoren beschrieben.

²³ Anzahl der Codings (vgl. Abschnitt 7.8)

Methoden/Unterstützungsformen: Dem elterlichen Orientierungsbedarf wird durch elterliche Sammlung beziehungsweise professionelle Vermittlung geeigneter, insbesondere strukturierender Informationen (s.u.) entsprochen. Dies zeigt, dass Informationen im Hinblick auf ihre "Eignung" bewertet werden und erklärt zudem die Entstehung der im Abschnitt 7.2 aufgeführten Bedarfsart "Struktur". Auch die Herstellung von Kontinuität (s.u.) soll der Orientierung dienen. Genutzt werden neben verbalen auch nonverbale, beispielsweise visuelle Orientierungshilfen (wie Fotos).

Folgen: Die Gesprächspartner(innen) gaben an, dass mangelnde oder fehlende Orientierungsmöglichkeiten zu erhöhter elterlicher Belastung (Unsicherheit, Angst) beitragen, die Zunahme elterlichen Orientierungsvermögens hingegen die elterliche Belastung reduziert (Entlastung). Die Zunahme elterlichen Orientierungsvermögens - welche auch als Zunahme elterlicher Kompetenz zu verstehen ist - wurde sowohl als Ziel der Informationssammlung/-vermittlung als auch als eine zur Erreichung weiterer Ziele (z.B. Entlastung) notwendige Voraussetzung benannt.

Tabelle 32: Bedarf an Orientierung (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Orientierungsmangel Belastung	"Alles ist <u>neu</u> , alles geht sehr schnell und <u>plötzlich</u> . Sie haben keine <u>Orientierung</u> und da, ganz abgesehen von dem medizinischen Ringsrum [...], was ja <u>völlig</u> befremdend ist und für viele Eltern im Endeffekt dann auch für Familien ein total neues Bild ist und Angst einjagt, zusätzlich."
Relevanz Methoden Informationen	"Das ist einfach ganz wichtig für die Eltern, einfach .. <u>einschätzen</u> zu können ... was ist los ... also ... ja, die ganzen <u>medizinischen</u> Informationen ... zu kriegen ..., und dann denk' das, das ist was Wichtiges, was also die Eltern .. natürlich auch sehr <u>dringend</u> brauchen."
Zeit- abhängigkeit	"Am Anfang, wie gesagt, ist schwerpunktmäßig zu sehen, dass sie <u>Orientierung</u> kriegen und auch sich wieder selber in der Situation klarkommen und ihren Weg da rein finden mit den neuen Tagesstrukturen und allem."
Struktur(en)	"Ich seh' es immer so als Signal der Hilflosigkeit, der Unorientiertheit. Und das macht sich ganz gut über Gespräche mit informativen Inhalten: 'Wie läuft's bei uns ab?', also wieder <u>Orientierungsstrukturen</u> zu geben."
	"Solche Eltern brauchen <u>extrem viel Anleitung</u> , <u>viel klare Vorgaben</u> . Mehr oder minder so 'ne Art Strukturplan, an dem die sich orientieren können."
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Folgen: Unsicherheit	"Trägt natürlich auch zur Verunsicherung bei, das 'Huch, huch, wo bin ich hier? Was heißt das alles, was bedeutet das für mich, für mein Kind und für meine Situation?'. Und man muss sich erstmal bewusst werden, man hört es zwar am Anfang, aber dass es drei Monate dauert, zum Beispiel bei unserem Kind circa [...], das muss man sich erstmal bewusst machen."

Informationen	"Mir fehlt so ein bisschen einführende Information, also viele Sachen werden mir erst bewusst oder muss mich einfach damit zurechtfinden, wenn sie schon <u>da</u> sind. Sozusagen bei jedem Stationswechsel hier <u>wiederholt</u> sich das."
aktuelle & zu erwartende Zustände	"Wenn <u>Untersuchungen</u> anstehen, das geht von einer Minute auf die <u>andere</u> , das sagen sie nicht einen Tag <u>vorher</u> , das geht dann auf einmal ganz <u>schnell</u> , das ist dann auch so .. <u>nervig</u> ."
Vorbereitung	

Diskussion: Die Entstehung des elterlichen Orientierungsbedarfs kann auf ein menschliches Grundbedürfnis zurückgeführt werden: Grawe bezeichnet das "Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle" von unter Verweis auf Arbeiten von Epstein als "das grundlegendste Bedürfnis des Menschen" (1998: 385). Dies erklärt auch die Auswirkungen (nicht-)gedeckten elterlichen Orientierungsbedarfs. Die Entstehung des elterlichen Orientierungsbedarfs wird für Situationen²⁴ beschrieben, welche auch als Merkmale kritischer Lebensereignisse gelten (Unvorhersehbarkeit, Unvorbereitetheit; vgl. Abschnitt 2.3.1). Orientierung wird von Diewald (1991: 70ff) als Unterform sozialer Unterstützung thematisiert; die zugehörige "Vermittlung von Kognitionen" bezieht sich dort allerdings vornehmlich auf umfassende Verhaltensmodelle und soziale Normen.

7.3.2 Information

Arten: Die benötigten Informationen können nach inhaltlichem Bezug, Zeitbezug, Funktion (siehe Folgen) und Bewertung unterteilt werden. Nach ihrem Inhalt sind auf die Situation (S) und die eigene Person (P) bezogene Informationen zu unterscheiden. Unter dem Zeitaspekt können Informationen sowohl den jeweils aktuellen Zustand (S, P) als auch frühere und künftige Zustände oder Prozesse betreffen. Die Relevanz des Informationsbedarfs wurde von der Mehrzahl der Gesprächspartner(innen) besonders hervorgehoben. Allerdings wurde auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine sinnvolle Auswahl an Informationen zu treffen und ein Übermaß an (als ungeeignet bewerteten) Informationen zu vermeiden. Für die Informationsauswahl wurden Kriterien angegeben (siehe Abschnitt 7.5).

Abhängigkeit: Art und Umfang der benötigten Informationen wurden von den Gesprächspartner(inne)n ebenso wie der Orientierungsbedarf als situations- und personenabhängig beschrieben. Dies ist nachvollziehbar, da der elterliche Informationsbedarf unter anderem über den elterlichen Orientierungsbedarf begründet wird. Weitere Erörterungen zur Abhängigkeit folgen im Abschnitt 7.7.

Methoden/Unterstützungsformen: Es sind sowohl genutzte Informationsquellen als auch Methoden der elterlichen Informationssammlung zu unterscheiden. Eltern richten mitunter dieselben Fragen an verschiedene Informationsquellen (z.B. Personen), um die angestrebte Beschreibungs- und Bewertungssicherheit zu erhöhen (vgl. Abschnitte 7.3.10 und 7.5). Zur professionellen Informationsvermittlung wurden vielfältige Methoden benannt.

²⁴ Im Hinblick auf diese situative Abhängigkeit zeigen sich Parallelen zum Konzept der Orientierungsreaktion (vgl. Häcker/Stapf 1998).

Demnach können mehrere der im Abschnitt 7.2 aufgeführten Bedarfsarten (z.B. Austausch) als Subkategorien dieses Bedarfs verstanden werden. Die professionelle Informationsvermittlung sollte nach übereinstimmenden Angaben möglichst in verständlicher Form und unter Umgehung oder Erläuterung von Fachbegriffen erfolgen. Die Notwendigkeit sowohl einer Wiederholung der Informationsvermittlung als auch einer Nutzung positiv-bewertender Formulierungen (vgl. Abschnitt 7.5.2) wurde von professioneller Seite unterstrichen.

Folgen: Das elterliche Zusammentragen (geeigneter) Informationen soll zur Deckung des Bedarfs an Orientierung, Entlastung und Wissen²⁵ beitragen. Vorhersagewissen wird beispielsweise für den Bedarf an "Vorbereitung" (Abschnitt 7.3.11) benötigt und kann so zum elterlichen Erleben von Sicherheit (Entlastung) beitragen. Der hierbei vermittelnde Aspekt erlebter Kontrollierbarkeit wurde zwar selten explizit benannt, ist in den Bedarfsbegründungen jedoch implizit enthalten (Abschnitt 7.5). Der Erhalt als ungeeignet eingeschätzter Informationen führt aus Expertensicht zu unerfüllbaren Ansprüchen und elterlicher Unzufriedenheit, aus Elternsicht hingegen eher zu unnötiger Angst und Sorge (Belastung).

Tabelle 33: Bedarf an Informationen (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Bedürfnis	"Die <u>meisten</u> Eltern wollen viel [...] <u>Informationen</u> kriegen, ne(?), Informationen <u>erhalten</u> irgendwie, das ist ja <u>schwierig</u> , wenn man keinen <u>kennt</u> , oder keine <u>anderen</u> Eltern <u>kennt</u> , die noch Frühgeborene haben, dann <u>kriegt</u> man ja seine Informationen nur von hier."
Relevanz prognostischer Informationen	"Die Eltern interessiert am aller-allermeisten, was wird aus meinem Kind. Das ist die Frage, die allen Eltern auf dem Nagel brennt, von der ersten Sekunde, beziehungsweise, bevor das Kind auch schon <u>geboren</u> ist." "Die Eltern wollen hören, von jedem, der da <u>ist</u> , ob's Arzt oder Schwester ist, ob das Kind <u>gesund</u> sein wird. Ob es <u>Schäden</u> behalten wird."
Bewertung	" <u>Alle</u> wollen hören, dass es ihrem Kind <u>gut</u> geht, und das es <u>besser</u> wird, das ist sozusagen natürlich der <u>Grundgedanke</u> ." "Wenn alle den gleichen Informationsstand haben, und nur mit den <u>Formulierungen</u> ein bisschen spielen: 'Es geht heute Ihrem Kind nicht ganz gut.' klingt nicht so schlimm wie: 'Heute ist es schon ein bisschen schlechter.' Wir meinen beide das <u>gleiche</u> ."
Wiederholung Abhängigkeit (Person)	"Gibt, glaube ich, so Eltern, die sind so ganz wissbegierig, und die wollen <u>alles</u> ganz genau wissen, und die <u>fragen</u> auch drei verschiedene Ärzte, und immer wieder, und immer auch wieder die <u>gleichen</u> Fragen, und dann gibt es auch Eltern, die fragen halt <u>überhaupt</u> nicht, sondern die sind halt einfach nur berührt oder <u>überwältigt</u> oder eben auch <u>so</u> verunsichert oder so <u>sprachlos</u> , dass sie .. einfach auch - vielleicht um sich <u>selber</u> auch zu schützen."
Bedarf / Bedürfnisse	"Viele dieser klassischen Zeitungen, wie 'Eltern' oder wie auch immer, .. die suggerieren ja auch vieles. Also, da kommen dann irgendwelche speziellen Fragen zur Nahrung, zum Vitamin K, zu .. ich weiß nicht was, baden stillen, blabla. Da werden aber in meinen Augen oft <u>falsche</u> Bedarfssituationen suggeriert oder geweckt."

²⁵ Da der elterliche Bedarf an Wissen hier nicht separat aufgeführt ist, folgt eine kurze Anmerkung: Wissen kann als Teil-Aspekt von Kompetenz (Abschnitt 7.3.7) angesehen werden und wäre in Zustands- und Prozesswissen, aber auch in Beschreibungs- und Bewertungswissen zu unterteilen (vgl. Abschnitt 7.5).

Auswahl Übermaß (Folgen)	"Was die Beratung nicht unbedingt <u>einfacher</u> macht, wenn die viel wissen. Also dann muss man wieder herausfiltern, das wissen wir ja alle, wenn wir drei Ratgeber gelesen haben, sind wir eher ratloser als <u>vorher</u> . Und gerade so in dem Bereich der Elternbegleitung gibt es ganz <u>viele</u> <u>Ratgeber</u> , dass dann, dass die mit Ansprüchen einfach hierher kommen [...] Und <u>da</u> dann Befriedigung für <u>alle</u> Seiten, das ist oft <u>schwer</u> . Also, ein Zuviel an Fachinformationen kann auch <u>hinderlich</u> sein. Ich denke, <u>auch</u> für die <u>Eltern</u> ."
Bewertungs-/ Handlungs- wissen	"Mit Monitoren, da kriegen ja die Eltern auf jeden Fall so einen Erste-Hilfe-Kurs mit ran, damit sie wissen, was sie machen müssen, <u>wenn</u> der Notfall eintritt."
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Relevanz Bewertung	"Also was wirklich wichtig ist ... dass man gute Informationen kriegt. Was dann am Anfang ein bisschen schleifend war hier, dass man viel hinterherfragen musste und nicht alles erfahren hat." "Heute war auch Visite. Beim Rooming- <u>In</u> <u>ist</u> es so, dass die <u>zwei</u> Mal die Woche reinkommen, aber mir wär' das schon immer lieber gewesen, wenn ich jeden Tag auf den neuesten Stand gebracht werde."
Auswahl	"Mittlerweile sag ich, ich mach mir dann Sorgen, wenn .. wenn wirklich was <u>ist</u> . Also wo man genau weiß, hier gibt's ein Problem, aber, aber <u>sonst</u> . will ich's, glaub ich, gar nicht so genau wissen." "Wenn ich sagen müsste, ich will's <u>nicht</u> wissen <u>vorher</u> , dann hätte ich auch wieder das Gefühl, es wird mir was nicht <u>gesagt</u> ."
Informations- vermittlung	"Es darf aber auch nicht ganz so <u>fachlich</u> sein, also ich mein: <u>Gut</u> , wenn jemand aus der Branche <u>ist</u> , dann ist das in <u>Ordnung</u> ; aber für jemanden wie mich, der mit der medizinischen Branche, oder mit der <u>intensiv</u> medizinischen Branche da nichts zu tun hat, ist es natürlich für mich immer angenehm, wenn es so einfach wie <u>möglich</u> gestaltet wird. Und da nicht irgendwelche <u>Fachbegriffe</u> kommen."
Wiederholung	"Ein Arzt kam <u>sofort</u> , wenn irgendwelche Fragen waren, ein Arzt hat auch sechs Mal dasselbe erklärt, wenn irgendwas war."

Diskussion: Wie im dritten Kapitel aufgeführt, wird der Informationsbedarf in nahezu allen Fachpublikationen als vorrangig eingestuft. Cox und Bialoskurski thematisieren als kritischen Aspekt den Eindruck einiger Eltern, ihnen würden negative Informationen vorenthalten (2001: 674f). Ein von den Eltern erlebter Informationsmangel führe jedoch zu einer zusätzlichen Eltern-Kind-Trennung. Ein Mangel an Informationen beziehungsweise unerfüllte Informationswünsche erhöhen elterlichen Stress (Helliwell 2003: 63) und mütterliche Unsicherheit (McKim 1993). Ähnliche Angaben fanden sich in den Aussagen der hier befragten Personen. Zusätzlich wiesen allerdings sowohl Professionelle als auch Eltern auf die Notwendigkeit hin, geeignete Informationsarten auszuwählen.

Helliwell unterscheidet verschiedene Informationsquellen (2003: 55) und Methoden der Informationssammlung. Der Bedarf an verständlichen Informationen (hier: Erklärungen) wird im "NICU FNI" (Ward 2001) mit dem Item 34 ("To have explanations given that are understandable") erfasst und (überraschenderweise) nicht der Skala "information", sondern der Skala "assurance" zugeordnet. Lazarus fasst die Informationssuche als eine Bewältigungsform auf, unterstreicht jedoch (im Hinblick auf Krankheitsbewältigung), dass auch "Ungewissheit in der gesamten Bewältigungsstrategie einer Person nützlich sein kann." (1995: 219). Die Notwendigkeit einer Wiederholung der Informationsvermittlung

("repeated informational support") wird auch von Martinelli (1999) unterstrichen. Wie kindbezogene Informationen zur elterlichen Stressbewältigung genutzt werden, beschreiben Loo und Kollegen (2003).

7.3.3 Kontakt

Arten: Elterliche Kontaktwünsche beziehen sich auf Nähe und Erreichbarkeit verschiedener Personen und sind daher im Hinblick auf Personen (z.B. Professionelle, Kinder, Angehörige, andere Eltern) zu unterscheiden. Der Kontaktbedarf lässt sich auch hinsichtlich der Art der Herstellung (Kontaktaufbau), der Gestaltung (Kontakthalten) und der Beendigung (Kontaktabbau) unterscheiden.

Abhängigkeit: Elterliche Kontaktwünsche/-bedürfnisse wurden ebenfalls als sowohl zeitabhängig (Aufenthaltsdauer) als auch als personenabhängig beschrieben. Der elterliche Wunsch nach Kontakt kann mitunter aufgrund zusätzlich bestehender elterlicher Verpflichtungen nicht vollständig gedeckt werden.

Methoden/Unterstützungsformen: Dem elterlichen Kontaktbedarf soll beispielsweise über die Einrichtung flexibler Besuchsregelungen oder Elterngesprächsgruppen entsprochen werden. Hinsichtlich der Kontaktherstellung betonten die Gesprächspartner(innen) die Notwendigkeit einer aktiven Rolle der Klinikmitarbeiter(innen). Der Bedarf an Kontakt steht in enger Beziehung zum Bedarf an Kontinuität (7.3.8).

Folgen: Fehlende Kontakte können den Aussagen zufolge zu negativem elterlichem Erleben von Getrenntheit und Alleinsein führen. Bestehende Kontakte ermöglichen unter anderem das Erleben der Verbundenheit sowie Austausch (Abschnitt 7.2) und Informationssammlung. Die Herstellung von Kontakt wurde in der Mehrzahl der Äußerungen mit positivem Erleben, Entlastung und Motivation (7.3.6), mitunter jedoch auch mit zusätzlicher Belastung assoziiert. Als Gründe für geringe elterliche Kontaktwünsche, Kontaktvermeidung oder -ablehnung wurden beispielsweise die Zuschreibung mangelnder professioneller Kompetenz und die Befürchtung zusätzlicher Belastungen (Eltern) oder gesundheitlicher Instabilität (Kinder) aufgeführt.

Tabelle 34: Bedarf an Kontakt (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Art: Kind Orientierung	"Und wenn die Mutter dann auch noch in den ersten Tagen gar keinen Kontakt zum Kind hat, dann ist es für sie noch <u>schwieriger</u> zu realisieren, dass sie überhaupt Mutter <u>ist</u> ."
Relevanz Folgen: Entlastung Motivation	"Sie brauchen Kontakt zu ihrem Kind, <u>körperlichen</u> Kontakt; das merkt man <u>immer</u> wieder, dass das die Eltern <u>unheimlich</u> beflügelt." "Das erspart auch viele <u>Worte</u> [...] Sie <u>sehen</u> halt, die Kinder <u>bewegen</u> sich, die Kinder <u>saugen</u> , es sind kleine <u>Menschen</u> , es sind kleine, ja, <u>Babys</u> , sage ich, da wird das, dieses <u>Muttergefühl</u> , also die <u>Angst</u> wird ein Stück <u>reduziert</u> , und dieses <u>Muttergefühl</u> kann ein Stück <u>wachsen</u> ."

Unterstützungs- form	"Für die Eltern ist es wichtig [...], dass sie wirklich .. immer kommen <u>können</u> , also dass man jetzt nicht ihnen sagt, okay, Sie können jetzt immer von eins bis zwei kommen." "Wir haben offene <u>Besuchszeiten</u> , ...also im <u>Prinzip</u> können Eltern 24 Stunden am Tag <u>da sein</u> , natürlich, ist auch ihr gutes <u>Recht</u> . Aber ich versuche es natürlich auch so zu steuern, wenn <u>Visite</u> ist, ähm, schon aus <u>Datenschutzgründen</u> . kann ich nicht von Kind <u>A</u> erzählen und bei Kind <u>B</u> sitzen die <u>Eltern</u> daneben. Das geht <u>nicht</u> ."
Zeit- abhängigkeit Ablehnung	"Na, <u>manchmal</u> ist es auch beim <u>Känguruhn</u> so, also das wird ja von uns auch sehr, in gewisser Weise <u>verlangt</u> [<i>lacht etwas verlegen</i>], oder sehr intensiv <u>angeboten</u> , und [...] das <u>macht</u> den Eltern auch <u>Angst</u> , also ich denke, vielleicht spielt auch der Faktor <u>Zeit</u> da 'ne Rolle. Wir sind ja auch eher in der <u>Tendenz</u> so, oder jetzt in der letzten Zeit eher, <u>noch früher</u> irgendwie so <u>anzufangen</u> , eben ab <u>dritten</u> Lebenstag zum Beispiel, und ..., das <u>wollen</u> die Eltern überhaupt nicht."
Art: Eltern Austausch Relevanz Ablehnung	<p>"Was <u>ganz</u> wichtig ist, ist das Bedürfnis, sich mit <u>anderen</u> Eltern <u>auszutauschen</u>. Das ist einfach <u>da</u>, und das ist natürlich das, was sich so im <u>Kontakt</u> ergibt. [...] Weil man natürlich immer, so ein bisschen, ähm.. <u>ja</u>, der <u>Außenstehende</u> bleibt, auch als Arzt und auch als Schwester, denk ich, weil man einfach irgendwie <u>nicht</u>, ähm, der <u>Leidensgenosse</u> ist. Der Leidensgenosse sind die anderen <u>Mütter</u> [...], und dass sie da ja auch immer wahrscheinlich auch ganz anders, ganz anders die Sachen <u>erzählen</u> oder vielleicht auch anders über sich <u>reden</u> können als jetzt mit <u>uns</u>. Wenn 'ne Mutter jetzt <u>genau</u> so ein Kind hat, dann ist das, glaube ich, <u>vertrauter</u> für die."</p> <p>"Das ist wirklich über Jahre, ich weiß, Familien, differenzierte .. <u>Mütter</u> zum Teil .. <u>ja</u>, <u>Akademiker</u>, <u>Ärzte</u>, die auch in die <u>Selbsthilfegruppe</u> nicht mehr kommen konnten, weil sie gesagt haben, unsere Ängste sind <u>so</u> schon noch groß genug, wenn wir <u>jetzt</u> noch hören, was bei <u>anderen</u> passiert ist, dann können wir <u>überhaupt</u> nicht loslassen."</p>
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Art: Kind Relevanz	<p>"Und das war eben das <u>Problem</u>, dass ich denn so schnell, also solange wie <u>möglich</u> hier bleiben <u>wollte</u>, immer, ne(?), je mehr. Und wenn ich denn eben bloß auf 'nem <u>Stuhl</u> gesessen hab."</p> <p>"Man versucht, möglichst jeden Tag hier beim Kind zu sein, und dieses Kuscheln ist eben, das haben wir noch gar nicht erwähnt, dieses Känguruhn, ist natürlich sehr wichtig und sehr wertvoll, .. dass man uns das ermöglicht."</p>
Folgen	"Dann rede ich immer mit meinem <u>Freund</u> darüber. Dann geht's mir etwas <u>besser</u> . Darum <u>kommen</u> wir ja jeden Tag hierher. Weil, dass ich sie wenigstens ein <u>bisschen</u> sehen kann. Und spüren kann, anfassen kann. Das hilft dann schon."
Art: Eltern Zeit- abhängigkeit	<p>"Am Anfang noch hat man <u>gar</u> keinen Kontakt. Nee. Weil, jeder konzentriert sich ja auf sein <u>eigenes</u> Kind. Und ich möchte im Moment wirklich nur für <u>mein</u> Kind da sein. Deswegen, also Kontakt zu anderen Eltern hier auf der Station - <u>gar</u> keinen. Vielleicht noch ein bisschen zu früh. Vielleicht kommt das ja später noch mal, aber .. ich <u>weiß</u> es nicht."</p> <p>"Da habe ich mich erst mal so ein bisschen abgekapselt, da hat mich das auch, ehrlich gesagt, nicht <u>interessiert</u>, da war erst mal nur <u>mein</u> Kind wichtig, und die anderen haben sich auch alle erst mal nur um ihr's, und da hat man sich auch später erst mal so richtig kennen gelernt. Weil, am Anfang war das nicht so wichtig. Da hatte ich auch keine Lust auf irgendwelche <u>Elterntreffs</u> oder so."</p>

Diskussion: Der elterliche Kontaktbedarf ließe sich unter anderem über menschliche Grundbedürfnisse (Bindungsbedürfnis, Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit / Affiliation, vgl. Abschnitt 2.7) erklären und wird in den gesichteten Studien unter dem Konzept "proximity" erfasst. Conner und Nelson (1999) zufolge gehören hierzu die Teil-Konzepte "attachment needs" und "closeness" (vgl. Abschnitt 3.2). Aldridge (2005) fasst das auf das Kind bezogene elterliche Kontaktbedürfnis unter "access to the child" zusammen und unterteilt drei Subkategorien (vgl. Abschnitt 3.1). Die Skala "proximity" (NICU FNI) enthält neben überwiegend kindbezogenen Items auch das (inhaltlich eher kontinuierkeitsbezogene) Item Nr. 29: "to talk to the same nurse most of the time", welches das Kontaktbedürfnis zu Professionellen thematisiert. Das Kontaktbedürfnis zu Angehörigen und zu anderen Eltern wird dagegen nicht über die Skala "proximity", sondern über die Skala "support" mit Items wie Nr. 7: "to have friends/family nearby for support" oder Nr. 15: "to have a support group of other families available" erfasst.

7.3.4 Entlastung

Arten: Der elterliche Entlastungsbedarf beschreibt als abstraktere Bedarfskategorie die Notwendigkeit, vorhandene Belastungen zu reduzieren und lässt sich daher nach Belastungsarten differenzieren. Diese wiederum können nach Ursache, Erlebensaspekt und Intensität unterteilt werden. Als Ursachen wurden unter anderem der aktuelle Gesundheitszustand, familiäre Verpflichtungen und elterliche Ansprüche genannt. Das elterliche Belastungserleben wurde insbesondere mit Begriffen wie Angst, Unsicherheit, Sorge oder Hilflosigkeit beschrieben. Belastungen werden auch nach quantitativen Kriterien (Intensität/Ausmaß) unterschieden.

Abhängigkeit: Der Umfang elterlichen Entlastungsbedarfs hängt den Angaben zufolge vom selbst wahrgenommenen und/oder von anderen Personen zugeschriebenen Belastungsausmaß ab. Hierfür wurden auch individuell unterschiedliche Einflussfaktoren erörtert (vgl. Abschnitt 7.7).

Methoden/Unterstützungsformen: Nahezu alle unter 7.2 genannten Bedarfsarten wären als potenzielle (Unterstützungs-)Methoden zu nennen. In etwas differenzierterer Form umfassen diese beispielsweise Formen der Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung (vgl. Abschnitt 7.5), der verbalen und non-verbalen Kommunikation und Informationsvermittlung und der Nutzung verfügbarer elterlicher Ressourcen. Die Auswahl professioneller Unterstützungsformen hängt von den zugeschriebenen Ursachen, der Art und dem Umfang elterlicher Belastung ab.

Folgen: Insbesondere professionelle Begründungen des Entlastungsbedarfs verwiesen auf Zusammenhänge zwischen elterlichem Belastungsausmaß, elterlichen Ressourcen und künftiger kindlicher Entwicklung (vgl. Abschnitt 7.5.6).

Tabelle 35: Bedarf an Entlastung (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Belastungsaus- maß	"Da sind auch viele <u>Tränen</u> dann in den ersten Tagen, je nachdem, wie die Eltern so, also <u>manche</u> nehmen's glaube ich, mit <u>raus</u> , und andere, die dann irgendwie, dann neben dem Inkubator fast <u>zusammen</u> brechen, für die ist es eben <u>gleich</u> ganz schlimm, wenn sie einfach das <u>Kind</u> nur sehen."
Bedarf / Bedürfnis	"Sie suchen <u>Anerkennung</u> teilweise auch, sie suchen <u>Trost</u> , sie suchen die <u>emotionale</u> Entlastung."
Methoden	"Und darum geht es eigentlich so in dem Intensivbereich auch, zu sehen, dass die möglichst immer durch Gesprächsangebote sich <u>entlasten</u> können."
Folgen	"Ich <u>geh</u> ' davon aus, dass es den Eltern <u>natürlich</u> besser geht, wenn man ihnen sagt, dass es dem Kind gut geht, weil dann ist erst mal ein bisschen, dann kehrt so <u>Ruhe</u> ein."
Methoden	"Das ist auch einer der sozialen Schwerpunkte, wiederum Entlastung zu bringen, zu sehen, welche Ressourcen, welche Möglichkeiten denn aus dem schon vorhandenen sozialen <u>Um-</u> feld da sind, die erstmal zu nutzen."
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Belastung	"Man kommt denn abgejachtet von <u>hier</u> , und dann hat man zu Hause ja <u>auch</u> noch Verpflichtungen mit dem Kind. Das belastet einen dann <u>auch</u> immer ganz schön. Und dann hat man vielleicht einen Tag mal <u>frei</u> und dann hat man, weiß ick, eben Termine abends oder Jobcenter oder so, also irgendwo nur Rennereien. Man ist schon ganz schön angeknackst, das .. <u>hinterlässt</u> ganz schön <u>Spuren</u> ." "Man ist schon <u>sehr</u> sensibel geworden. Im Laufe der Zeit. Dass man bei jedem bisschen Ärger oder Streit gleich anfängt zu plärren. Nee, die Nerven liegen blank, auf jeden Fall."
Methoden	"Ich find's auch denn auch angenehm, dass die Schwestern halt auch <u>nicht</u> nur für's Kind da sind, sondern auch so ein bisschen Psychologie bei den Eltern betreiben. Und das erleichtert, das erleichtert einfach ungemein, wenn man sich dann nicht alleine fühlen muss, also, da dreht's sich irgendwo immer <u>wieder</u> drum."

Diskussion: Das sowohl von elterlichen als auch von professionellen Gesprächspartner(inne)n betonte, vergleichsweise hohe Belastungsausmaß bestätigt die Angaben entsprechender Studien (Abschnitt 2.3). Auch der Entlastungsbedarf kann über ein menschliches Grundbedürfnis (Unlustvermeidung, vgl. Abschnitt 2.7) begründet werden. Da angenommen wird, dass eine elterliche Entlastung durch Bedarfsdeckung erreicht werden kann, kommt der Kategorie "Entlastungsbedarf" eine für die Bedarfsbeschreibung und -begründung zentrale Rolle zu.

7.3.5 Akzeptanz

Arten: Akzeptanz wird auch mit dem Begriff "Annehmen" umschrieben und bezieht sich insbesondere auf das Annehmen der Eltern, des Kindes, der Situation oder der Verantwortung. Der elterliche Bedarf an Akzeptanz kann sowohl die Notwendigkeit professioneller Einstellungen (professionelle Akzeptanz) als auch die Notwendigkeit betreffen, elterliche und familiäre Akzeptanzprozesse professionell zu unterstützen (vgl. Abschnitt 7.5.6).

Abhängigkeit: Für den Bedarf an Akzeptanz wurden situative und personelle Abhängigkeiten benannt. Dies waren beispielsweise der Reifegrad des Kindes und die individuellen elterlichen / familiären Voraussetzungen.

Methoden/Unterstützungsformen: Da Akzeptanz eng mit Bewertungen verbunden ist, bestehen Unterstützungsformen insbesondere in der Vermittlung bewertungsrelevanter Informationen. Wird Akzeptanz als professionelle Einstellung verstanden, ergibt sich eine Nähe zur "Bewertungsunterstützung" (vgl. Abschnitte 2.6, 7.5.2, 7.5.4 und 7.5.6).

Folgen: Während Nichtakzeptanz elterliche Belastungen erhöhen kann, wird Akzeptanz mit elterlicher Entlastung, Neubewertung und Motivation (Abschnitt 7.3.6) in Verbindung gebracht.

Tabelle 36: Bedarf an Akzeptanz (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Professionelle Akzeptanz	" <u>Akzeptanz</u> finde ich ganz ganz wichtig. Das hat uns bisher, wir kennen ja die <u>Anamnesen der Eltern</u> Natürlich: soundsovielte Interruptiones, Aborte ..., dringender Kinderwunsch, soundso alt oder wie auch immer. Und jeder <u>Mensch</u> , wir sind ja alles doch <u>Individuen</u> , hat für sich seine persönliche Wertigkeit, die gehört aber <u>nicht</u> in die Klinik." "Das macht <u>Professionalität</u> aus, dass wir also auch <u>hier</u> ... das einfach versuchen müssen, wertfrei zu akzeptieren." "Ich bin immer sehr gut gefahren damit, wenn ich erst mal versucht habe zu akzeptieren, bedingungslos. ... Weil, hat mir persönlich geholfen, da relativ <u>offen</u> an die Eltern heranzugehen, ihnen <u>permanent</u> auch das Gespräch dann auch anbieten zu <u>können</u> ."
Elterliche Akzeptanz Neubewertung Familiäre Akzeptanz	"Dass sie das irgendwie <u>akzeptieren</u> , dass sie jetzt ein <u>Kind</u> haben, was zu <u>früh</u> geboren ist, aber dass es eben auch nichts <u>Schlimmes</u> ist, dass es auch was ganz <u>Schönes</u> sein kann, also dass es eben nicht bloß, ja, dass es eben <u>anders</u> ist, sicherlich, als sie es erwartet haben und anders als es eben für die meisten Mütter <u>ist</u> , aber dass es eben auch ganz <u>schön</u> werden kann." "Manchmal ist es auch wichtig, auch die <u>Großeltern</u> mit einzubeziehen, auch <u>wegen</u> der Akzeptanz in der Familie."
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Professionelle Akzeptanz	"Also, was wir so mitbekommen haben, so medizinische Informationen in ausreichender Menge. Gefehlt hat eben, als Mensch angenommen zu werden. Doch, also auch akzeptiert zu werden mit seinen Nöten, seinen Problemen, mit seinen Fragen ... oder eben noch mit der Unsicherheit eben, mit der Struktur ..., das hat gefehlt." "Also meine Frau, um mal die emotionale Geschichte mit rein zu bringen, hat sich wirklich nur von einer Mitarbeiterin aufgefangen [...], gefühlt, angenommen gefühlt als <u>Mensch</u> : 'Ach Mensch, wird schon werden und so weiter.' ..., einfach ja aufgefangen gefühlt, angenommen gefühlt, wobei andere Mitarbeiter dis, äh diese Intention so <u>gar nicht</u> hatten. <u>Ja</u> , die machen ihren Job, die kümmern sich um das Kind, <u>ja</u> ." "Verstehe ich nicht, kann ich nicht <u>nachvollziehen</u> . Und ich finde auch, ich meine, gerade in so 'ner Situation [...], dass die <u>das</u> nicht akzeptieren und <u>tolerieren</u> . Ich kann kein Vierteljahr <u>hier</u> bleiben, ich würde <u>kaputt</u> gehen."

Elterliche / Familiäre Akzeptanz	"Nun kann ja 'n Mann ständig denn dagegen kontern, oder aber, er kann einfach die Situation akzeptieren, so wie sie ist, und sagen: 'Alles klar. Okay.' Und das ist einfach <u>auch</u> schon eine Form von Unterstützung. Wenn man dann nicht, wenn man einfach auch weiß, okay, ich habe mich gerade daneben benommen, aber ich habe jetzt trotzdem nicht den großen Familienkrach zu Hause."
--	---

Diskussion: Akzeptanz steht in Verbindung zu Bewertungen und schließt negative Bewertungen aus. Sie wird im Rahmen in der Klientenzentrierten Gesprächsführung auch als "Positive Wertschätzung" bezeichnet und gilt als wichtige Einstellung in der psychosozialen Versorgung tätiger Berufsgruppen (Weinberger 1994: 11). Das Item Nr. 25 (NICU FNI): "to feel accepted by the hospital staff" zählt zur Skala "comfort" und weist damit auf die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse hin.

7.3.6 Motivation

Arten: Der elterliche Bedarf an Motivation wurde sowohl auf die professionelle als auch auf die elterliche Motivation bezogen. Elterliche Motivation wurde auch mit den Begriffen "Kraft" und "Hoffnung" beschrieben.

Abhängigkeit: Für den elterlichen Motivationsbedarf wurden situative und personelle Abhängigkeiten angegeben. Nach Aussagen der professionellen Gesprächspartner(innen) ist der Bedarf zu Beginn des Klinikaufenthaltes und bei erhöhter Angst, Unsicherheit oder Erschöpfung ("Kraftlosigkeit"; Abschnitt 2.3.2.1) besonders hoch.

Methoden/Unterstützungsformen: Zur Beeinflussung elterlicher Motivation wurden viele verschiedene Methoden genannt. Hierzu zählen insbesondere Akzeptanz und Bewertungsunterstützung (Abschnitte 7.5.2, 7.5.4 und 7.5.6). Auch Entlastung (7.3.4), der körperliche Kontakt zum Kind und die Schaffung von Erfolgserlebnissen (Erleben von "Effektivität"; siehe Abschnitt 7.2) wurden aufgeführt.

Folgen: Die elterliche Überzeugung vorhandener professioneller Motivation stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Gewährung elterlichen "Fremdvertrauens" (Abschnitt 7.3.10) dar. Elterliche Motivation, Kraft und Hoffnung werden als Ressourcen angesehen, welche nicht nur elterliches Befinden positiv beeinflussen, sondern auch als Voraussetzungen beispielsweise für die Informationsaufnahme und die weitere Kontaktaufnahme zum Kind gelten.

Tabelle 37: Bedarf an Motivation (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
Relevanz	"Diese <u>drei</u> Schritte nach vorne geht man fünf Schritte wieder zurück - und immer wieder, und das <u>zehrt</u> , also selbst für Eltern, die einfach <u>taff</u> sind, die einfach <u>können</u> und <u>wollen</u> , die dann einfach die Kraft dann... auch diese Eltern sind irgendwann resigniert, oder diese Eltern sind irgendwann .. mutlos oder dann halt einfach traurig oder einfach - auch so, diese Hoffnung schwindet ja auch manchmal einfach." "Wir haben Patienten, die sind hier <u>zwei</u> Monate, <u>drei</u> Monate, ja(?), manchmal noch länger, da braucht man 'ne unheimliche Leidenschaft, man braucht 'ne unheimlich hohe Motivation, jeden Tag hier wieder <u>herzukommen</u> [...] Und man <u>merkt</u> , dass die Eltern <u>sehr</u> viel Kraft daraus schöpfen, wenn sie körperlichen <u>Kontakt</u> haben zu den Kindern."
Methoden: Kontakt	
Anleitung	"Das ist am Anfang .. halt, da sind die Eltern ganz, ganz <u>unsicher</u> , und da muss man sie da auch immer wieder motivieren. Ganz oft sagen die Eltern: 'Ich kann das jetzt nicht und ich traue mich nicht, die sind so zerbrechlich und sind so klein.' Und da muss man denen das einfach ein bisschen zeigen und sagen: Da passiert jetzt überhaupt nichts."
Erfolgs- erlebnis (Effektivität)	"Ich ermutige sie oft, einfach den <u>Finger</u> in die Hand zu legen, und dann <u>greifen</u> die Kinder auch einfach zu. [...] Für die <u>Eltern</u> ist es in dem Moment wirklich, dass ihr Kind den <u>Finger</u> dann eben, es <u>macht</u> es ja auch, aber, einfach <u>festhält</u> . Und das <u>ermutigt</u> sie dann auch, dass das, also wenn dann irgendwie so ein <u>Signal</u> vom Kind <u>zurückkommt</u> , dann auch, <u>ja</u> irgendwie, das öfter anzufassen, und einfach zu merken irgendwie [...] da kommt was <u>zurück</u> , und das Kind <u>reagiert</u> auf mich."
Folgen	"Und dann ist da glaube ich auch so 'ne <u>Beziehung</u> irgendwie da, weil die Mutter hält dieses Stäbchen, und wenn das Kind dann wirklich <u>saugt</u> , dann macht das Kind etwas, was die Mutter ja auch <u>erwartet</u> irgendwie so, und dann ist das irgendwie so, dann <u>freuen</u> sie sich ja auch." "Und sie zu <u>ermutigen</u> auch, um auch wirklich gut in Kontakt zum Kind zu kommen; das das ganz wichtig."
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
Relevanz	"Es gibt Wochen, da kommt man hierher und ist hoch <u>motiviert</u> und es gibt Tage, da kommt man hier an und heult schon, und weiß eigentlich gar nicht, <u>warum</u> ." "Wir <u>können</u> den Kopf nicht hängen lassen, weil, die kleinen Würmer machen es <u>auch</u> nicht. Die waren alle Mann, jeder für sich selber, so 'ne <u>Kämpfernatur</u> , und dass man sich irgendwo als Erwachsener auch wirklich hingestellt hat und gesagt hat: 'Ehh, wenn die <u>Kleinen</u> kämpfen können, dann müssen wir das erst <u>recht</u> können.'"
Methoden	"Diese besten Freunde, die ja <u>jeder</u> irgendwo hat, plötzlich war da so 'ne Barriere irgendwo gewesen, weil, von außen kommt halt eher so dieses Mitleid, und das ist das, was man als <u>letztes</u> gebrauchen kann. Weil, das hilft einem hier nicht weiter, und man muss jetzt da durch, und man muss die Zeit durchstehen, und man muss auch irgendwo nicht nur dieses, dass man sich hängen lässt, sondern irgendwo für sein Kind mitkämpfen, und da hilft Mitleid nicht. Sondern da muss eher irgendwo einer sein, der so ein bisschen zieht und sagt: 'Los, komm, wir <u>machen</u> , und wird schon.'" "Was ich sehr angenehm fand, dass die Schwestern uns sofort mit <u>einbezogen</u> haben. Also ... wo man sich selber eigentlich noch fast nicht traut, das Kind anzufassen, sie einen sehr ermuntern haben."

Methoden	"Wenn auch einfach mal wirklich kommt, dieses Ding: 'Ich bin stolz auf dich, wie du das alles hier durchstehst.' Oder so. <u>Das</u> ist einfach schon Hilfe. [...] Keiner kann uns diese Situation <u>abnehmen</u> oder etwas an der Situation ändern. [...] Einer, der so ein bisschen streichelt und ein bisschen Mut macht. Da sind wir wieder bei dem Punkt Motivation, einfach diese ganze Sache durchzustehen."
Methoden	"...aber selbst <u>dann</u> war jemand da, der sich einfach mal mit hingesetzt hat fünf Minuten, und gesagt hat: Es geht in die richtige Richtung und sicherlich zeitintensiv und kostet alles Kraft und Nerven, aber auch irgendwann werden <u>Sie</u> sehen, <u>wofür</u> Sie das alles gemacht haben und so. - Das hat es definitiv angenehm gemacht, wenn man das in dieser Situation jetzt als angenehm mal betiteln kann."
Methoden	"Die Bilder, die Erfahrungsberichte der Eltern, die Danksagungen, die hier an die Wand befestigt wurden..., das war ihr sehr wichtig, dass sie sieht, aha, es gibt schon ... in so und so viel Fällen haben es die Kinder geschafft, ne(?), das hat sie für ihre Situation, für unsere Situation hat ihr das sehr viel Kraft gegeben, dass sie gesehen hat, aha, in der Regel funktioniert das alles. [...] Ist eben 'ne Information, <u>aha</u> . Dann wertet man es einfach und schöpft daraus <u>Hoffnung</u> ."

Diskussion: Im Abschnitt 7.2.2 wurde auf das NICU FNI Item Nr. 6: "to feel there is hope" hingewiesen. Dessen Zuordnung zur Skala "assurance" deutet auf einen Zusammenhang zwischen Hoffnung und Sicherheit hin, welcher sich beispielsweise unter Nutzung des Konzepts "prospektive Kontrolle" erschließen ließe (vgl. Abschnitt 7.5.5). Motivation und Hoffnung könnten auch zu dem im Abschnitt 7.3.10 unter Verweis auf Krampen und Greve (2008) genannten "Vertrauen in die Zukunft" gezählt werden.

7.3.7 Kompetenz

Arten: Der Kompetenzbedarf beschreibt erstens den elterlichen Bedarf, selbst über spezifische Kompetenzen zu verfügen beziehungsweise diese zu erwerben und deren Wirkungen zu erleben. Er beschreibt zweitens auch den Bedarf, Kompetenzen anderer Personen - insbesondere der professionellen Klinikmitarbeiter(innen), der Kinder sowie anderer Eltern - wahrzunehmen. Der elterliche Kompetenzbedarf bezieht sich demnach (entsprechend seiner Lokalisation) auf Eigen- und Fremdkompetenz. Kompetenzen können in Wissen und Können unterteilt werden und stehen in enger Verbindung zum Bedarf an Effektivität/Effizienz.

Abhängigkeit: Für qualitative und quantitative Merkmale des elterlichen Kompetenzbedarfs wurden von den Gesprächspartner(inne)n situative und personelle Abhängigkeiten angegeben. Der Kompetenzbedarf ist größer in Situationen, für welche bisher kaum Kompetenzen erworben werden konnten (z.B. aufgrund mangelnder Möglichkeiten zur Vorbereitung, vgl. Abschnitt 7.3.11). Es ergibt sich eine Zeitabhängigkeit insofern, als im Zeitverlauf Kompetenzen erworben werden und das Ausmaß unbekannter Faktoren zugleich (tendenziell) abnimmt. Die Abhängigkeit des Kompetenzbedarfs von personellen Faktoren wird auf das interindividuell variierende Ausmaß verfügbarer Kompetenzen (Vorerfahrungen/Vorwissen/Vorbereitungen) zurückgeführt.

Methoden/Unterstützungsformen: Für den Kompetenzerwerb beziehungsweise die Kompetenzvermittlung wird eine Vielzahl von Methoden angegeben (z.B. Informationsvermittlung, Anleitung, Übergabe von Aufgaben / Integration in die Versorgung, Schaffung von Erfolgserlebnissen), welche auch aus den im Abschnitt 7.2 aufgeführten Bedarfsarten zu ersehen sind. Der Demonstration von Kompetenz kommt eine besondere Rolle für die Fremdbewertung zu.

Folgen: Während das Erleben und/oder die Zuschreibung mangelnder Kompetenz zur Bewertung einer fehlenden Beeinflussbarkeit (vgl. Abschnitt 7.5.6) von Prozessen und daher zu elterlicher Unsicherheit (Belastung) führen können, sind das Erleben und/oder die Zuschreibung vorhandener Kompetenz mit der Bewertung gegebener Beeinflussbarkeit und damit einer Zunahme erlebter Sicherheit verbunden. Kompetenzzuschreibungen (-bewertungen) stehen in enger Verbindung mit den Aspekten Vertrauen und Sicherheit (Abschnitt 7.3.10).

Tabelle 38: Bedarf an Kompetenz (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegmente (Professionelle)
elterliche Kompetenz	"Also, dass sie einfach auch die <u>Chance</u> haben können, hier in der Klinik zu lernen, <u>Bedürfnisse</u> eines Kindes zu erkennen."
Relevanz	"Was natürlich für die Eltern ganz wichtig ist oder was ganz Besonderes ist, wenn die selber irgendwann mal den Kindern die <u>Windeln wechseln</u> können, auch in so einem <u>Inkubator</u> , auch ein <u>kleines Kind</u> , also .. oder wenn sie einfach bei den Kindern <u>Temperatur messen</u> dürfen, oder dann noch ein Stückchen weiter, später, wenn die Kinder dann - zum Beispiel, wenn die Kindern nicht mehr im Inkubator liegen, sondern schon in so einem Wärmebettchen liegen - dass sie ihre Kinder selber <u>waschen</u> dürfen, die Kinder selber <u>baden</u> dürfen [...], dass man die Eltern soweit in die Pflege integriert, dass es halt eigentlich schon .. was ganz <u>Selbstständiges</u> ist, was sie hier machen."
Methoden	
Folgen: Selbstständigkeit	
professionelle Kompetenz	"Die Schwestern haben ganz, ganz eine <u>wichtige</u> Rolle, indem Eltern <u>Sicherheit</u> auch zu geben, und die Sicherheit, mit der die Schwestern mit dem Kind <u>umgehen</u> , einfach den Eltern zeigt, ihrem Kind geht's . soweit gut, auch wenn das alles sehr <u>ungewohnt</u> ist und alles . medizinische Unterstützung <u>braucht</u> .. , ist es einfach so, dass die Eltern merken, okay, so <u>schlimm</u> wie sie befürchten, ist es vielleicht <u>nicht</u> ."
Folgen: Sicherheit/Entlastung	
Teil-Aspekte	Textsegmente (Eltern)
elterliche Kompetenz	"Was <u>wir</u> uns da <u>wirklich</u> wünschen, wenn dann in der Akte vom Kind <u>festgehalten</u> wird, was die Eltern <u>können</u> , oder was sie schon gemacht <u>haben</u> [...], dass die Schwester zum Beispiel 'n Blick in die Kurve macht, also die Mama macht die <u>Mundpflege</u> , macht die <u>Augenpflege</u> , cremt ein, macht die Windeln, Windeln wechseln und <u>Temperaturkontrolle</u> ."
Methoden	
Folgen: (Selbst-) Vertrauen	
Relevanz	
	"Und mit jedem <u>Stück</u> , was man uns da <u>entgegenkommt</u> , wenn man <u>fragt</u> , oder wenn auch von <u>deren</u> Seite die Frage kommt, ob wir das selbst <u>machen</u> wollen, wächst halt auch diese <u>Bindung</u> zu dem <u>Kind</u> , oder das, das Vertrauen, mit dem Kind <u>umgehen</u> zu können. [...] Und so wird mir halt so . mit jeder Fütterung und mit jedem Mal, wo ich hier bin, und die wickle, dieses <u>Selbstvertrauen</u> auch gegeben, was <u>wichtig</u> ist."

professionelle Kompetenz Folgen: Sicherheit	"Irgendwo dreht sich's immer wieder darum, dass man wirklich <u>Ansprechpartner</u> haben will, die [...] auch mit einer gewissen Kompetenz einem das irgendwo auch erklären können [...]. Durch diese gewisse Kompetenz, die <u>ausgestrahlt</u> wird, gewinnt man auch <u>selber</u> an <u>Sicherheit</u> . Weil man halt einfach spürt, so dieses, die <u>wissen</u> , was sie tun eben."
--	--

Diskussion: Im Gegensatz zu den Angaben der Gesprächspartner(innen) wird Kompetenz in der gesichteten Fachliteratur zum elterlichen Unterstützungsbedarf nicht explizit thematisiert. Eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass die Kompetenzarten Wissen und Können auf der Itemebene einiger Befragungsinstrumente vertreten sind. Die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdkompetenz findet sich dabei in der Unterscheidung zwischen eltern- und personalbezogenen Items wieder. Der elterliche Bedarf an eigener Kompetenz wird zum Beispiel in dem von Shields und Mitarbeitern (2004) verwendeten Fragebogen mit dem Item Nr. 27 erfasst: "To be able to do physical care for my child e.g. change nappy, bath, feed, etc.". Die Nennung des elterlichen Kompetenzbedarfs erscheint auch insofern relevant, als Kompetenzen zu den persönlichen Ressourcen zählen (Hobfoll/Buchwald 2004) und die Stressresistenz beeinflussen. Aspekte der Kompetenzwahrnehmung, -beschreibung und -bewertung werden unter 7.5 näher erläutert.

7.3.8 Kontinuität

Arten: Der elterliche Kontinuitätsbedarf beschreibt die benötigte Konstanz ausgewählter situativer und personeller Faktoren. Ein zentrales elterliches Anliegen ist die personelle Kontinuität, welche insbesondere eine Kontinuität professionellen Wissens und Handelns ermöglicht. Das professionelle Wissen beinhaltet dabei beispielsweise Informationen zur Vorgeschichte, zum aktuellen Zustand (z.B. Beteiligung der Eltern an der Versorgung) und zu geplanten Handlungen (z.B. Diagnostik, Verlegung oder Entlassung).

Abhängigkeit: Das Textmaterial enthielt keine Angaben zur Abhängigkeit des elterlichen Kontinuitätsbedarfs.

Methoden/Unterstützungsformen: Sowohl Professionelle als auch Eltern nutzen verschiedene Methoden, um Kontinuität herzustellen. Personelle Kontinuität wird beispielsweise durch Absprachen über Zuständigkeiten und Dienstpläne angestrebt. Aus der Unvermeidbarkeit personeller und situativer Diskontinuität resultiert ein Bedarf an einem kontinuierlichen und effektiven Informationsaustausch sowohl zwischen den professionellen Mitarbeiter(inne)n untereinander als auch zwischen Professionellen und Eltern, um den jeweiligen Informationsstand zu aktualisieren.

Folgen: Das Erleben von Kontinuität ermöglicht die elterliche Vorhersehbarkeit künftiger Situationen, dient damit sowohl dem Bedarf an Orientierung (7.3.1) als auch an Vorbereitung (7.3.11) und ist mit dem Erleben von Kontrollierbarkeit und Sicherheit verbunden. Vor allem unerwartete, negativ bewertete Diskontinuität kann hingegen erhöhte elterliche Unsicherheit/Angst (Belastung) und erhöhten Orientierungsbedarf nach sich ziehen. Die elterliche Einschätzung einer von professioneller Seite gegebene

nen Vermeidbarkeit (Beeinflussbarkeit) unerwünschter Diskontinuität kann zudem zum Eindruck mangelnder professioneller Kompetenz (7.3.7) und damit zum Verlust von (Fremd-)Vertrauen (7.3.10) sowie zu Unzufriedenheit/Ärger (erhöhter Belastung) führen.

Tabelle 39: Bedarf an Kontinuität (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegment (Professionelle)
<p>personelle Diskontinuität</p> <p>(Folgen)</p>	<p>"Die Schwestern arbeiten in <u>Schichten</u>, sind oftmals vier Schichten, also mit Zwischendienst am Tag, dann kommen <u>Urlaube</u> dazwischen, sind halbtags arbeitende Schwestern, also die Gesichter für die <u>Eltern</u> ändern sich, was die Schwestern betrifft, sehr häufig, und auch nicht kontrolliert, also dass es sehr <u>unkontrolliert</u> natürlich für die Eltern erscheint."</p> <p>"Wenn ich mich auch in die Patientensicht hinein versetze, mir wäre es wirklich auch nicht angenehm. Also, wenn ich mich jetzt schon geoutet hab und über meine Schwiegermutter zu Hause berichte, und in der nächsten Woche kommt da 'ne andere Frau, der möchte ich das dann nicht unbedingt noch<u>mal</u> erzählen."</p>
<p>situative Diskontinuität</p> <p>(Folgen)</p>	<p>"Also man kann das ja auch im <u>Klinik</u>verlauf beobachten, dass die Eltern auch noch mal <u>Angst</u> kriegen, wenn sie von <u>unserer</u> Station verlegt werden auf die <u>Nachsorgestation</u>."</p>
<p>Methoden</p> <p>(Austausch)</p>	<p>"Die Schwester, die das Kind <u>heute</u> versorgt, wird es auch <u>morgen</u> nach Möglichkeit wieder versorgen und <u>übermorgen</u> ... so dass im <u>Ideal</u>fall, klappt nicht immer, 'ne <u>Betreuungsgruppe</u> entsteht .. diese, wo die Schwestern sich also auch austauschen können über die Befindlichkeiten des Kindes. Natürlich therapeutisch-diagnostisch <u>sowieso</u>, aber auch über d' Befindlichkeit der <u>Eltern</u>."</p>
Teil-Aspekte	Textsegment (Eltern)
<p>Relevanz</p>	<p>"Das ist immer so ein <u>Widerspruch</u>, also die eine sagt das <u>so</u>, und die andere wiederum <u>so</u>, ne(?). Und das finde ich halt sehr <u>schwer</u>. Weil, ich finde <u>schon</u>, dass die Schwester einem <u>sagen</u> sollte, und sich auch gegen - also miteinander <u>abstimmen</u> sollten, was nun am <u>besten</u> ist [...] Und <u>mir</u> dann schon <u>eine</u> Meinung sagen. Nicht der eine <u>hier</u> und der andere <u>da</u>."</p> <p>"Und obwohl doch eine Riesentabelle da ist mit dem, was gemacht wurde mit den Kindern ..., sind doch einige [...] die wissen nicht, was gestern war, also ... und das muss immer so Flickwerk, immer Stückwerk, nicht(?), jeder macht seinen Job und nimmt dann bestimmte Informationen einfach mit nach Hause ... und dann ist der neue Mitarbeiter da."</p>
<p>personelle Diskontinuität</p> <p>(Folgen)</p>	<p>"Man hat <u>Schwestern</u>, die <u>fordern</u> halt dann richtig, was auch gut ist und richtig, dass wir richtig an der Pflege aktiv teilnehmen. Dann <u>macht</u> man schon viele Dinge und dann kommt die nächste Schwester und sagt: 'Nee, äh, <u>ich</u> bin hier die Schwester, Sie sind nur die <u>Eltern</u>, das machen Sie <u>nicht</u>.' und da wird man dann immer gleich so ein bisschen ... aber <u>ich</u> hatte das Gefühl, und mein Freund, dass wir <u>zurückgestoßen</u> wurden."</p>
<p>Methoden</p> <p>personelle Kontinuität</p> <p>(Folgen)</p>	<p>"Wenn untereinander, gerade beim <u>Pflegepersonal</u>, die Kommunikation besser gerade irgendwie <u>schriftlich</u> festgehalten wird, würde ich <u>gut</u> finden." "Je <u>mehr</u> man immer mit den gleichen Schwestern zu tun hat, desto mehr <u>wissen</u> natürlich auch, also deswegen ist es natürlich sehr angenehm, eine Konstanz zu haben, sonst hat man natürlich immer das Gefühl, man geht so ein bisschen unter [...]. Je mehr man mit den gleichen Leuten zu tun hat, desto aufgehobener fühlt man sich auch."</p>

Diskussion: Der elterliche Bedarf an Kontinuität wird in den gesichteten Studien seltener separat thematisiert. Sarimski erläutert, dass sich personelle Diskontinuität negativ auf das elterliche Erleben von

Sicherheit und die Entstehung elterlichen Vertrauens auswirken kann (2000: 66f). Conner und Nelson (1999) führen zum Aspekt "Continuity" den (einzigen) Teilaspekt "Consistency of care" an. Im Fragebogen NICU FNI (Ward 2001) bezieht sich nur eines von 56 Items (Nr. 29: "To talk to the same nurse most of the time") auf die personelle Kontinuität. Dieses Item gehört allerdings zur Skala "proximity" und wurde in der Studie von Nicholas (2006) als (relativ) weniger relevant beurteilt. Ein in der von Shields und Mitarbeitern (2004) durchgeführten Studie verwendetes, kontinuierkeitsbezogenes Item (Nr. 44: "That I can continue to feel hopeful about my child's condition") bezieht sich auf die Kontinuität elterlichen Erlebens. Zwei weitere Items betreffen die personelle Kontinuität in der kindbezogenen Versorgung (Nr. 48: "That the same nurses take care of my child most of the time") und in der elternbezogenen Unterstützung und Informationsvermittlung (Nr. 49: "That one person (a nurse) coordinates the services and flow of information we get in hospital").

7.3.9 Verantwortung

Der elterliche Bedarf an Verantwortung beschreibt auf höherer Abstraktionsebene die Notwendigkeit, alle erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Eltern der versorgten Frühgeborenen ihre elterliche Verantwortung (Elternrolle) vollständig selbst übernehmen wollen und können. Da "Verantwortung" in ihrer Bedeutung für die Bedarfsbegründungen im Abschnitt 7.5.6 differenzierter erläutert wird, folgen hier keine weiteren Darstellungen.

Tabelle 40: Bedarf an Verantwortung (Beispiel)

Teil-Aspekt	Textsegment (Professionelle)
Können	"Dass sie wirklich die gesamte Verantwortung für ihr Kind übernehmen können dann auch. Weil das ist ja immer das Gefühl, dass, solange die Kinder da sind, trag ich ja nicht allein die ganze Verantwortung, und irgend jemand ist da, der hilft, ne(?), und das fällt dann daheim weg."

7.3.10 Vertrauen / Sicherheit

Arten: Vertrauen kann sowohl selbst gewährt als auch von anderen Personen erhalten werden und entsprechend seiner Ausrichtung in Selbst- und Fremdvertrauen unterteilt werden. Gewährung und Erhalt von Vertrauen sind bewertungsabhängig. Diese Bewertungen beziehen sich sowohl auf verfügbare Einflussfaktoren (Ressourcen) als auch auf die vorhandene Bereitschaft (Motivation), diese (bestmöglich) für die Erreichung eigener Ziele einzusetzen. Sie beinhalten auch eine Aussage zur Sicherheit, welche in Beschreibungs- und Bewertungssicherheit (vgl. Abschnitt 7.5) unterteilt werden könnte und zugleich einen Aspekt des Erlebens / Befindens darstellt.

Abhängigkeit: Die Abhängigkeit des elterlichen Bedarfs an Vertrauen wurde ebenfalls in Bezug auf situative und personelle Faktoren thematisiert und zeigt Parallelen zur Abhängigkeit des elterlichen Kompetenzbedarfs (s.o.):

Eltern erleben - insbesondere zu Beginn des Klinikaufenthalts - einen Mangel sowohl an eigenen Kompetenzen als auch an Erfahrungen, um professionelle Kompetenzen (sicher) beschreiben und bewerten zu können. Wird ein Erleben von Effektivität (Erfolg) auf vorhandene Selbst-/Fremdkompetenzen zurückgeführt (Kompetenzzuschreibung), kann auch das Selbst- und/oder Fremdvertrauen zunehmen.

Methoden/Unterstützungsformen: Um den Aufbau elterlichen Vertrauens und das elterliche Erleben von Sicherheit zu fördern (zu unterstützen), wurden Methoden genannt, welche nicht nur dem Erwerb, der Vermittlung und/oder der Demonstration von Motivation und Kompetenzen dienen (vgl. Abschnitt 7.3.7), sondern insbesondere auch zugehörige elterliche (Selbst/Fremd-)Beschreibungen und (Selbst/Fremd-)Bewertungen beeinflussen sollen (vgl. Abschnitt 7.5).

Folgen: Während entstandenes elterliches Vertrauen zum Erleben von Sicherheit (Belastungsreduktion) führt, zieht ein Mangel an (Selbst/Fremd-)Vertrauen (Misstrauen) eine erhöhte elterliche Unsicherheit (Angst, Belastung) nach sich. Vorhandenes Fremdvertrauen ist eine Voraussetzung dafür, Entscheidungen zur (Re-)Delegation von Kontrollaufgaben (Abschnitt 7.5.6) treffen zu können.

Tabelle 41: Bedarf an Vertrauen / Sicherheit (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegment (Professionelle)
Bedarf (Relevanz)	"Dass irgendwann ein riesengroßes <u>Misstrauen</u> entstehen würde ... von den Eltern gegenüber dem Personal. Und wir brauchen hier ein Arbeiten <u>zusammen</u> , auch <u>mit</u> den Eltern am Kind, um möglichst die Eltern da möglichst gut zu lenken, nicht nur, weil es einen tollen Ruf der Klinik haben soll, sondern weil es einfach um die Situationen der <u>Familien</u> geht, die zukünftig von den Eltern allein bewältigt werden müssen."
Methoden (Gespräch)	"Ich glaube, dass ein, gelinde gesagt, mäßiges aber regelmäßiges Gespräch ... mit den Eltern... mehr oder minder wirklich die Eintrittstür ist, um das Vertrauen der Eltern zu kriegen, zu gewinnen und auch nicht zu verspielen."
Methoden Kompetenz (professionell) Fremd-vertrauen Bewertungs- sicherheit	"Man muss - <u>Tatsache</u> - eher <u>beobachten</u> und eine Vertrauensebene versuchen, aufzubauen, in der sie sich öffnen, einem gegenüber öffnen und auch mal von diesen ganz tiefen Problemen sich trauen zu erzählen und Vertrauen gefasst haben, dass da jemand ist [...], der wirklich als Vermittler vorhanden ist, der Hilfestellung geben kann." "...dass man denn erstmal sagen kann: 'Ja, es läuft nichts weg, es ist alles in gesicherten Händen, es läuft alles, keine Sorge, und ich kümmerge mich da <u>auch</u> mit drum, und jetzt erstmal <u>hier</u> , und das ist jetzt <u>wichtig</u> , und das ist alles - können Sie mir vertrauen - nichts, was jetzt sofort irgendwie ins Negative schlagen wird.'"
Selbst-/Fremd- vertrauen Kompetenz (elterlich) Delegation	"Aber das ist einfach auch Angst, die Mütter <u>haben</u> , und wo's auch <u>wichtig</u> ist, einfach von Schwesternseite her .. d'rüber <u>bescheid</u> zu wissen, und einfach den Eltern auch diese Kompetenzen zu übertragen, dass sie <u>übernehmen</u> können, also ihnen zuzutrauen, dass sie ihr Kind selber .. ins Bett legen, und wenn's sich Eltern trauen, oder 'rauszunehmen, oder auszuhalten, wenn Eltern sich bissl unbeholfen anstellen vielleicht, aber ihnen auch, sie zu <u>lassen</u> ."

Teil-Aspekte	Textsegment (Eltern)
Relevanz	"Ich glaube, wenn man in so einer Extremsituation nicht den Ärzten oder der Medizin vertrauen kann, hat man <u>eh</u> verloren."
Kompetenz- bewertung Fremdvertrauen Delegation	"... dass man halt auch das Gefühl hatte, ob nun als Mutter und auch, wie sie mit den <u>Kindern</u> umgegangen sind, nicht nur dieses: es ist ein Job, sondern da ist ja streckenweise auch wirklich soviel <u>Wärme</u> irgendwo war, und man auch wirklich so das Gefühl hatte, <u>wenn</u> man halt dann abends wieder nach Hause gehen musste, so dieses: dein Kind ist mindestens gut aufgehoben. Wenn <u>du</u> schon nicht da sein ..., aber da ist jetzt oben jemand, der definitiv sich wirklich <u>lieb</u> kümmert. Und das erleichtert <u>ungemein</u> [...]. Da ist es gut, wenn man weiß, dass sein Kind trotzdem in guten Händen ist."
Bestbewertung (Motivation, Ressourcen)	"Na ja, [<i>Klinikname</i>] ist nun mal 'ne Topversorgung für's Kind. Wüsste auch da jetzt keine Alternative, wo das Kind besser versorgt wird, nee, da bin ich ... das ist auch sehr beruhigend, also die ganze medizinische Versorgung und das Engagement aller Mitarbeiter ist in der Summe schon sehr <u>beruhigend</u> [...], ich verlass mein Kind jedes Mal im ruhigen Gewissen, dass ich weiß, aha, hier wird das Beste für's Kind getan."
Fremdvertrauen (Personal)	"Hier haben sich streckenweise Charaktere und Menschen gefunden, wo ich sage, denen vertraue ich <u>gerne</u> . Weil sie mir auch immer wieder irgendwo gezeigt haben, ja, dass ich das Richtige <u>gemacht</u> habe, indem ich ihnen vertraue." "Er hat irgendwo immer recht gehabt mit dem, was er gesagt hat, mit dem, was er medizinisch angesetzt hat und umgesetzt hat, und da entsteht so ein Wahnsinnsvertrauen irgend <u>wo</u> ."
Selbstvertrauen (Abhängigkeit)	"Dieses Selbstvertrauen zu einem selbst wächst ja auch, und mit Stunde um Stunde, wo man die Kinder sieht, mit denen Umgang hat."
Fremdvertrauen (Kind) Relevanz	"Man kann nicht zu Hause vierundzwanzig Stunden an dem Bett stehen, wo <u>keine</u> Monitore, Überwachungsgeräte oder <u>sonst</u> irgendwas mehr sind, und gucken, ob dieses <u>Kind</u> atmet. Man muss einfach irgendwo jetzt auch so in <u>der</u> Form wirklich Vertrauen in das <u>Kind</u> setzen, und nicht nur in die Technik, die drum herum hängt."

Diskussion: Bodenmann weist darauf hin, dass die Suche nach (und Annahme von) sozialer Unterstützung davon abhängt, wie hoch das dem potenziellen Unterstützungsgeber gewährte Vertrauen ausfällt beziehungsweise wie hoch dessen Kompetenzen und Motivation eingeschätzt werden (2000: 77). Krampen und Greve unterteilen Vertrauen in "Vertrauen in andere", "Selbstvertrauen" und "Zukunftsvertrauen" (2008: 679f). Die ersten beiden Kategorien wurden hier erfasst; die dritte Kategorie könnte thematisch sowohl hierher als auch zum Abschnitt 7.3.7 (Motivation) gehören. Vertrauen ("trust") wird von Conner und Nelson (1999) als Teilaspekt von Sicherheit ("assurance") aufgeführt. Die Autoren verweisen hierbei unter anderem auf Publikationen zweier kanadischer Arbeitsgruppen (Jacono et al. 1990, Mitchell-DiCenso et al. 1996), in welchen das Thema allerdings nur eine geringe Rolle spielt. Sarimski (2000: 66) schreibt: "Vertrauensvolle Beziehungen zu den Schwestern und Ärzten der Station können den Eltern helfen, Sicherheit zu gewinnen." und weist darauf hin, dass dieser Beziehungsaufbau durch die große Zahl wechselnder Kontaktpersonen in der Klinik erschwert werde (vgl. Abschnitt 7.3.8).

Manning begründet den elterlichen Bedarf an Fremdvertrauen auf neonatologischen Intensivtherapiestationen (NICU) wie folgt: "Parents need to trust health care workers in order to receive information

and believe it. This depends on how well nurses can recognise parental knowledge, experience, need for information, and stressors." (2006: 20). Zur Begründung des Bedarfs an Vertrauen nennt auch McGrath (2001) mehrere Argumente. Bei intensivmedizinischer, neonatologischer Versorgung bestehe - ähnlich wie bei der intensivmedizinischen Versorgung älterer Patienten - ein elterliches Bedürfnis, Kontrolle über die Versorgung von Familienmitgliedern zu erlangen (2001: 76). Auf professioneller Seite gäbe es im Interesse des Kindes formulierte und in den Prinzipien familienzentrierter Pflege (Harrison 1993) verankerte Zielvorstellungen, deren Erreichung auf elterlichem Vertrauen aufbauen würden (McGrath 2001: 80).

Zur Erklärung der elterlichen Vertrauensentwicklung (NICU) verwendetet McGrath ein dreistufiges Modell, welches die Prozesshaftigkeit und damit auch eine Zeitabhängigkeit verdeutlicht: Dem Modell zufolge besteht zu Beginn ein naives Vertrauen, welches sich über eine Phase der Ernüchterung ("disenchantment") hin zu einem rekonstruierten Vertrauen ("guarded alliance") entwickelt. Hervorzuheben ist, dass die Gewährung elterlichen Vertrauens in der von McGrath zitierten Studie nicht von der jeweils erlebten Fachkompetenz, sondern vom erlebten Mitgefühl ("compassion") abhing (2001: 76). Ein etwas allgemeineres Modell zur Entstehung elterlichen Vertrauens bei stationärer Versorgung von Kindern erarbeiteten Thompson und Kolleginnen (2003). Diese stellten fest, dass die Entwicklung elterlichen Vertrauens insbesondere davon abhängt, inwieweit elterlichen Erwartungen und Bedürfnissen entsprochen wird (2003: 142ff).

Der von Shields und Kollegen (2004) verwendete Fragebogen erfasst nicht nur das elterliche Gewähren von Vertrauen (Item Nr. 32: "To be able to trust that though I am not present my child will get the best available medical care."), sondern auch den elterlichen Erhalt professionellen Vertrauens (Item 18: "To feel that I am trusted to be able to care for my child in hospital"). Der Fragebogen NICU FNI (Ward 2001) enthält hingegen kaum Items zum Bedarf an Vertrauen, jedoch eine eigene Skala "assurance".

7.3.11 Vorbereitung

Arten: Der elterliche Bedarf an Vorbereitung steht unter anderem in Verbindung zum Bedarf an Verantwortung und bezieht sich auf verschiedenartige künftige Ereignisse. Dies können beispielsweise die mit Untersuchungs-, Verlegungs- und Entlassungsterminen verbundenen Anforderungen sein. Das Thema wird im Abschnitt 7.5.5 erneut aufgegriffen.

Abhängigkeit: Der elterliche Bedarf an Vorbereitung wurde als abhängig vom elterlichen Wissensstand und damit von personellen Faktoren beschrieben. Weiterhin ist ein klarer Situationsbezug (vgl. Abschnitt 7.3.1) zu erkennen.

Methoden/Unterstützungsformen: Zur Deckung des elterlichen Bedarfs an Vorbereitung wurden jene auch im Abschnitt 7.3.1 (Orientierung) genannten Methoden aufgeführt, welche eine prognostische Beschreibungssicherheit beziehungsweise die Bildung (sicherer) elterlicher Erwartungen (Abschnitt

7.5.5) ermöglichen. Weiterhin wurden Methoden zur Kompetenzvermittlung (Abschnitt 7.3.7) genannt.

Folgen: Vorhandene Vorbereitung trägt zu elterlicher Entlastung, fehlende Vorbereitung zu zusätzlicher Belastung bei. Geringe Vorhersehbarkeit gilt als ein Merkmal kritischer Lebensereignisse (Abschnitt 2.3.1).

Tabelle 42: Bedarf an Vorbereitung (Beispiele)

Teil-Aspekte	Textsegment (Professionelle)
Verantwortung	"Wenn jetzt'n <u>Früh</u> geborenes nach Hause geht, dann muss dieses Kind unter Umständen <u>acht</u> mal am Tag essen ... und hat <u>nicht</u> diese Schlafperioden und so weiter und so fort, also 'ne <u>völlig</u> andere <u>Beanspruchung</u> ... Und da müssen wir 'n <u>Stück</u> weit die Eltern auch mit vorbereiten, sofern uns dis überhaupt möglich ist. [...] also einfach in die <u>Verant</u> wortung auch nehmen."
Orientierung	"Sie kriegen Nachfolgetermine in verschiedenen Einrichtungen, auch bei uns zum Teil, Kontrolltermine. Sie haben also 'n bisschen ein Schema, wo sie sich dran orientieren können, damit sie auch da wieder Zeit haben, erstens sich drauf einzustellen, zweitens möglicherweise irgendwas nachzufragen, wenn ihnen was unklar ist."
Teil-Aspekte	Textsegment (Eltern)
Relevanz Folgen	"Weil das manchmal auch [...] ist wie auf'm <u>Bahnhof</u> hier, und die Schwestern sind auch meist der Meinung, sie müssten auch nicht <u>anklopfen</u> , die <u>stehen</u> dann einfach hier, und das ist dann manchmal auch schon sehr belastend auch. Wenn die einen nicht einfach mal in <u>Ruhe</u> lassen können. Wenn <u>Untersuchungen</u> anstehen, das geht von einer Minute auf die <u>andere</u> , das sagen sie nicht einen Tag <u>vorher</u> , das geht dann auf einmal ganz <u>schnell</u> , das ist dann auch so .. <u>nervig</u> ."
Relevanz	"Ich glaub', der Entlassungstermin ist sowieso eine <u>sehr</u> wichtige Sache, ja. Also, weil hm.. weil es <u>darum</u> natürlich immer kreist ... Also zum einen, weil man Sachen vorher <u>organisieren</u> muss noch, denn bis dahin muss ja alles fertig sein."
Relevanz	"Und jetzt ist es wirklich schwierig, nach Hause zu gehen, ohne alles.... Ja, aber <u>so</u> werde ich wahrscheinlich zu Hause den ganzen Tag mit dem Kopf im Bett hängen und gucken, ob mein <u>Kind</u> noch atmet [...]. Ja, über drei Monate ... und da sich dann einfach vom Monitor zu trennen, oder <u>überhaupt</u> von so 'nem Gepiepe, ist richtig <u>schwierig</u> jetzt, also damit habe ich jetzt wirklich ein richtiges <u>Problem</u> . Und da wäre vielleicht <u>auch</u> schön, wenn man da irgendwie ein bisschen drauf <u>vorbereitet</u> wird."

Diskussion: Der elterliche Bedarf an Vorbereitung kann auf das grundlegende menschliche Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (Grawe 1998: 385) zurückgeführt und insbesondere über das Konzept der "prospektiven Kontrolle" (Abschnitt 7.5.5) erklärt werden.

7.3.12 Zeit / Ruhe

Der elterliche Bedarf an Zeit und Ruhe bezieht sich in abstrakter Form auf Bedingungen, welche für die Bedarfsdeckung, die Nutzung interner und externer Ressourcen und das Durchlaufen zugehöriger Prozesse benötigt werden. Aufgrund dieser Funktion können Zeit und Ruhe als grundlegende (sowohl

elterliche als auch professionelle) Ressourcen bezeichnet werden. Diese Bedarfsart wird in anderen Studien kaum erwähnt, vermutlich, weil sie als Voraussetzung genannter Bedarfsarten implizit "mitgedacht" wird. Nachfolgend werden einige Textbeispiele der Gesprächspartner(innen) hierzu angegeben, jedoch nicht im Hinblick auf verschiedene Teil-Aspekte differenziert oder weiterführend diskutiert.

Tabelle 43: Bedarf an Zeit / Ruhe (Beispiele)

Textsegment (Professionelle)
"Also... brauchen die Eltern erst mal viel Zeit am Anfang, um die Situation erst einmal zu realisieren, und die muss man ihnen auch einfach geben, irgendwie, man darf sie am Anfang nicht so überfordern."
"Die meisten Eltern wollen einfach [...] das Gefühl haben, dass man nicht gehetzt ist, und dass man jetzt für sie alle Zeit der Welt hat." "Habe auch die <u>Erfahrung</u> gemacht, dass es den Eltern eher <u>gut</u> tut, wenn man länger <u>Zeit</u> hatte und entweder <u>selber</u> mit den Eltern geredet hat oder die <u>Ärzte</u> mal sich Zeit genommen haben."
"Was sie <u>noch</u> mehr bräuchten, ist, dass sie noch mehr Anwesenheit beim <u>Kind</u> haben, noch mehr beim <u>Kind</u> sind, ja(?). Mehr Zeit."
"Das sind <u>Erfahrungen</u> , die <u>wir</u> einfach für uns gelernt haben, dass es ganz, ganz wichtig ist, um diese <u>Ruhe</u> zu haben, um auch diese <u>Gelassenheit</u> zu haben, diese immer wiederkehrenden <u>Antworten</u> auch <u>geben</u> zu können, dass wir für uns diese Gespräche brauchen untereinander." "Man muss versuchen, ein bisschen ein ausgeglichenes Arbeitsklima auch zu schaffen. Weil es sich sofort auch auf die <u>Eltern</u> überträgt, wenn so <u>Stress</u> ist oder wenn man einfach keine <u>Zeit</u> hat irgendwie, dann sind sie <u>verunsichert</u> ."
"Gerade, wenn es darum geht, schlechte Informationen zu vermitteln, oder vermitteln zu müssen, ist ein Bedarf, den man da auf jeden Fall realisieren muss, ist <u>Zeit</u> Das darf nicht so im Vorbeigehen passieren oder auch hier in Hektik, sondern da muss man sich so wie wir jetzt die Zeit nehmen und sich in Ruhe hinsetzen."
"Wir sagen dann halt einfach nur, es ist wichtig, dass die Eltern auch <u>Ruhephasen</u> haben, um einfach stark zu sein, um halt einfach auch .. das durchzustehen."
Textsegment (Eltern)
"Und ob nun Ärzte oder Schwestern da oben .. wirklich <u>alle</u> Zeit der Welt. Die haben natürlich einen knallharten Job, aber man hat's halt nicht zu spüren bekommen als Mutter da oben. Man hatte <u>immer</u> 'n Ansprechpartner."
"Und da muss ich auch sagen, egal wer, ob es in Führungsstrichen <u>nur</u> die Kinderkrankenschwester ist, da oben, oder ob es der normale Arzt ist oder ob es ein Oberarzt ist oder selbst der Professor nimmt sich die Zeit und unterhält sich mit einem, ja, da gibt es irgendwo absolut keine Berührungängste. Ja, das macht es halt einfach ... also zumindestens für <u>uns</u> als Eltern war das super wichtig gewesen, das kann man <u>echt</u> nicht anders sagen."
"Ja, ich habe gesagt, irgendwann möchte ich auch zur Ruhe kommen, irgendwann sind die Nerven auch <u>wirklich blank</u> gewesen, also, das war extrem. Und denn ging es mir gesundheitlich <u>auch</u> nicht gut, nach dem Kaiserschnitt, <u>auch</u> Schmerzen."
"Also, hinten gibt es diesen <u>Elternraum</u> , ähm, ja, wo man eben, ja, sich mal kurz <u>zurückziehen</u> kann, mal was trinken kann und denn, wenn man einfach mal eine <u>Ruhepause</u> braucht, ist gut von der [Stationsname] zu erreichen."
"Das muss ja jeder selber für sich, die Zeit <u>finden</u> , man muss sich ja auch selber um <u>sich</u> kümmern, also man sollte das nicht . <u>vernachlässigen</u> , also, der eigene Körper braucht ja <u>auch</u> sozusagen ein bisschen Fürsorge."

7.4 Begründungen des Bedarfs

7.4.1 Sequenziell-hierarchische Bedarfsbeschreibung

Wie im Abschnitt 7.2.4 erwähnt, wurde eine inhaltliche Ordnung der gebildeten Bedarfskategorien angestrebt²⁶. In den im Abschnitt "Forschungsstand" vorgestellten Erhebungsinstrumenten wurden die bedarfsbezogenen Items hingegen meist auf faktorenanalytischem Weg in übergeordneten Skalen zusammengeführt. Wissenschaft ist, wie Greve schreibt, durch den Anspruch gekennzeichnet, "nach gesetzesartigen Zusammenhängen und Erklärungen zu suchen" (1997b: 70). Die fortgesetzten Analysen der komplexen Beziehungen zwischen den Bedarfsarten führten unter weiterer Erhöhung des Abstraktionsniveaus zur Systematisierung der Begründungen für den elterlichen Unterstützungsbedarf.

Einige der zur Beschreibung von Bedarfsarten gebildeten Kategorien (Abschnitt 7.2) bezogen sich unmittelbar auf einzelne Unterstützungsformen. In den zugehörigen Textsegmenten beschrieben die Gesprächspartner(innen) Prozesse (z.B. professionelle Handlungen) oder Bedingungen (z.B. Kompetenzen, Einstellungen oder räumlich-zeitliche Kontextfaktoren). Da deren Begründung unter Verweis auf vorhandene und vor allem auf anzustrebende Ausprägungsgrade von Merkmalen erfolgte, wurden sie in der Auswertung als Mittel zur Zielerreichung bezeichnet. Andere zur Beschreibung von Bedarfsarten genutzte Kategorien verwiesen hingegen selbst auf Ziele. Diesen abstrakteren Ordnungskriterien entsprechend wurden Codes beziehungsweise Kategorien gebildet, denen die Textsegmente zusätzlich zugeordnet werden konnten und die ebenfalls in Haupt- und Subkategorien unterteilt wurden. Deren notwendige sequenzielle Anordnung erfolgte innerhalb des hierarchischen Kategoriensystems in vertikaler Richtung. Da die Erreichung von Zielen selbst wiederum als Mittel oder Voraussetzung zur Erreichung weiterer Ziele beschrieben wurde (vgl. "instrumentelle Ziele": Jungermann et al. 2005: 105ff), war eine solche sequenzielle Ordnung jedoch nicht eindeutig. Ebenso wenig war eine eindeutige hierarchische Ordnung möglich, da zwar unterschiedliche Unterstützungsformen über gemeinsame Ziele begründet, aber für einzelne Unterstützungsformen zugleich mehrere Ziele angegeben wurden. Für die Analysen wurden daher Mehrfachcodierungen und Memos genutzt.

Das Textmaterial enthielt nicht nur Angaben zu notwendigen professionellen Unterstützungsformen sowie deren Begründungen, sondern auch zur Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs von situativen und personalen Faktoren oder zur Trennung zwischen dem Bedarf an professioneller und nicht-professioneller (informeller) Unterstützung. Die Expertenaussagen beinhalteten auch Erläuterungen zu den Prozessen der Bedarfszuschreibung oder zur Reflexion des Verhältnisses zwischen selbst und fachlich definiertem Bedarf. Unter Beachtung sowohl der Relevanzsetzungen der Befragten als auch der theoretischen Vorüberlegungen entstanden daher weitere "Thematische Haupteinheiten" beziehungsweise Hauptkategorien, welche anhand nachfolgend erhobener Daten validiert werden konnten.

²⁶ Dass eine solche Ordnung nicht leicht zu erstellen ist, zeigte sich bereits in den Taxonomieproblemen früherer Motivklassifikationen: Heckhausen (1989: 76f) weist auf die intensiven Bemühungen von Murray hin, eine kriterienorientierte Klassifikation zu erstellen.

Auch Textsegmente der für die qualitative Bedarfsbeschreibung ursprünglich gebildeten Hauptkategorie "Unterstützungsbedarf/Arten" wurden diesen neu entstehenden Kategorien zugeordnet. Der resultierende Bedeutungsverlust und "Zerfall" der bis dahin zentralen Kategorie erschien zu diesem frühen Zeitpunkt des Forschungsprozesses überraschend beziehungsweise irritierend. Solch grundsätzliche Veränderungen am entstehenden Kategoriensystem wirkten sich unmittelbar auf alle nachfolgenden Analysen des Textmaterials aus, so dass der inhaltliche Bezug dieser Analysen zur untersuchungsleitenden Fragestellung zeitweise an Präsenz verlor. Auch erwiesen sich die Beziehungen der neu gebildeten Kategorien untereinander als komplex, nicht ausschließlich hierarchisch und daher im Rahmen des entstehenden Kategoriensystems unübersichtlich.

Rückblickend erscheint die beschriebene Kategorienauflösung jedoch eher als deren Ausdifferenzierung: Sie war notwendig, um die verschiedenen Beziehungen einzelner Bedarfsarten sowie der zur Bedarfsbegründung verwendeten Kriterien untereinander analysieren und auf diese Weise die Charakteristika des Untersuchungsgegenstands vollständiger erfassen zu können.

Tabelle 44: Hauptkategorien

Elterliches Erleben und Verhalten (Ist)
Unterstützungsbedarf (UB)
Unterstützungsformen (UF)
Ziele (Soll)

Tabelle 44 zeigt die auf dem höchsten Abstraktionsniveau gebildeten vier Hauptkategorien. Gleichrangige Kategorien waren in dem gewählten Kategoriensystem vertikal anzuordnen (Abb. 5). Die vertikal-sequenzielle Reihung der Hauptkategorien erfolgte entsprechend der im Forschungsverlauf aufgedeckten Rolle einzelner Bedarfsbegründungskriterien. Die vollständige Liste der Codes befindet sich im Anhang.

7.4.2 Bedarfsbegründungen

Bereits in den ersten Analyseabschnitten war zur Erfassung und Ordnung professioneller Bedarfsbegründungen die Kategorie "Feststellung/Kriterien" gebildet worden. Fortgesetzte Analysen zeigten, dass auch die dieser Kategorie zugeordneten Textsegmente in inhaltlicher Beziehung zu den später gebildeten (Haupt-)Kategorien standen. Im Bemühen, diese Beziehungen differenzierter zu klären (vgl. Codieren Typ III), wurden die der Kategorie "Feststellung/Kriterien" zugehörigen Textsegmente zusätzlich diesen neu gebildeten Codes zugeordnet (Mehrfachcodierung). Obwohl die systematische Erfassung elterlicher Bedarfsbegründungen ursprünglich nicht angestrebt war, zeigten diese Neuordnungen, dass zwischen elterlichen und professionellen Begründungen mehrere Parallelen bestanden. Der mit einer zunehmenden Anzahl von Textsegmenten gefüllten Kategorie "Vergleichen" (Subkategorie zu "Elterliches Erleben und Verhalten") ließen sich beispielsweise Hinweise auf die beson-

dere Bedeutung elterlicher Vergleiche für die Bedarfsbegründung entnehmen. Die nachfolgenden Analysen ergaben, dass sowohl professionelle als auch elterliche Bedarfsbegründungen auf komplexe Informationssammelungs- und -auswertungsprozesse verwiesen, in welchen Beschreibungen und Bewertungen eine zentrale Rolle spielen.

7.5 Prozessmodell der Bedarfsfeststellung

Da im Rahmen der Datenerhebung nicht Bedarfsfeststellungsprozesse, sondern - insbesondere im Falle professioneller Gesprächspartner(innen) - überwiegend Bedarfsbegründungen erhoben wurden, kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die unter Beachtung der aufgedeckten Beziehungen im Abschnitt 7.5 beschriebenen Prozesse auch für die tatsächliche Bedarfsfeststellung relevant sind. Dennoch werden diese hier auf empirischer Basis modellhaft rekonstruiert und diskutiert.

Die Feststellung des untersuchten Unterstützungsbedarfs erscheint damit als Entscheidung über die Notwendigkeit, professionelle Ressourcen einzusetzen beziehungsweise in Anspruch zu nehmen, welche wiederum von den Ergebnissen zuvor durchlaufener Informationssammlungs-, -vergleichs- und -bewertungsprozesse abhängt. Die insgesamt sechs Teilprozesse beziehen sich auf gegenwärtige, vergangene und zukünftige Sachverhalte und werden im Folgenden - zugunsten der Nachvollziehbarkeit - in sequenzieller Anordnung dargestellt. Allerdings ist bereits vorab darauf hinzuweisen, dass sie nicht notwendigerweise nacheinander stattfinden, sondern über mehrere Rückkopplungsprozesse miteinander verknüpft sind.

Die Ausführungen entstanden unter Berücksichtigung der sowohl aus empirischen als auch aus theoretischen Quellen gewonnenen Daten und Erkenntnisse. Die Herkunft der Angaben ist den entsprechenden Unterteilungen zu entnehmen. Die den Tabellen beigefügten Textsegmente dienen der selektiven Plausibilisierung (vgl. Abschnitt 7.1.1). Um diese im zur Verfügung stehenden Rahmen angemessen darstellen zu können, musste auf Angaben zum umfassenderen Gesprächskontext verzichtet werden. Die Auswahl und Zuordnung der Textsegmente erfolgte entsprechend den jeweils darzustellenden Teilaspekten des Themas; einige Textsegmente veranschaulichen jedoch auch mehrere Teilaspekte oder -prozesse.

7.5.1 Beschreibungen des aktuellen Zustands (TP 1)

Der erste Teilprozess sowohl der professionellen als auch der elterlichen Bedarfsfeststellung beinhaltet Informationssammlungen und -auswertungen, um bisherige Zustandsbeschreibungen (Repräsentationen) zu aktualisieren, so dass Neubeschreibungen entstehen. Weitere Begründungen werden im Abschnitt 7.5.6 zusammenfassend erläutert. Informationssammlungen können sich auf Informationen sowohl über den aktuellen Zustand (TP 1) als auch über dessen Entstehung (TP 3) und potenzielle Veränderung (TP 5) beziehen und sind Voraussetzung für zugehörige Bewertungsprozesse (TP 2, 4 und 6). Unter TP 1 wird die Informationssammlung insbesondere im Hinblick auf die beabsichtigte Aktualisierung bestehender Zustandsbeschreibungen vorgestellt. Der Begriff "Zustand" bezieht sich in allen Erläuterungen auf den Ausprägungsgrad situativer und personeller Merkmale²⁷.

Quellen der Information können interner und externer Art sein. Zu den internen Quellen zählen vorhandenes Erfahrungs- und Fachwissen; Informationen über die Auftretenshäufigkeit von Merkmalsausprägungsgraden (Realnormwissen) werden beispielsweise für vergleichende Beschreibungen von Normalität und Abweichung herangezogen. Zu den externen Quellen zählen aktuelle Erfahrungen.

Methoden der Informationssammlung werden unten angegeben. Es wurde eine teilweise gezielte Auswahl als relevant erachteter Informationen beschrieben. Die Relevanzbewertung steht in Verbindung zu übergeordneten Zielvorstellungen (siehe TP 6). Es wurde auf Zusammenhänge zwischen der Wahl der Informationsquellen und Methoden einerseits und den jeweils bevorzugten Informationsarten sowie personellen Merkmalen (Vorlieben/Abneigungen) andererseits hingewiesen.

Arten der zusammengetragenen Informationen können nach ihrem inhaltlichen Bezug unterteilt werden. Die Informationen betreffen Merkmale der eigenen Person (P) oder der Situation (S); letztere umfassen sowohl Merkmale anderer Personen als auch räumlich-zeitliche Merkmale. Personenbezogene Informationen können sich auf Einzelpersonen oder Personengruppen beziehen und in Verbindung zu vorhandenem Realnormwissen (s.o.) stehen.

Zustandsbeschreibungen sind in absolute und relative Beschreibungen zu unterscheiden. Absolute Beschreibungen der jeweils vorliegenden Ausprägungsgrade (Quantitäten) der Merkmale erfolgen unter Nutzung festgelegter Vergleichsgrößen (z.B. für Größe, Gewicht oder Zeit) oder unter impliziter Bezugnahme auf relative Vergleichsgrößen. Relative Beschreibungen beziehen sich explizit vergleichend auf weitere Zustände oder Zustandsmerkmale. Obwohl beschreibende Vergleiche auch auf impliziten Teilvergleichen aufbauen, lassen sie sich grundsätzlich hinsichtlich des zeitlichen (temporalen) und des räumlichen (lokalen) Aspekts unterscheiden. Der personale und der dimensionale Aspekt könnten ebenfalls separat benannt werden oder dem räumlichen Aspekt zugeordnet werden. Intratemporal-intralokale Vergleiche sind beispielsweise zwischen den Ausprägungsgraden verschiedener Merkmale (interdimensional) derselben Person(engruppe) (intrapersonal) oder Situation (intrasituativ) möglich.

²⁷ Der Begriff Merkmal wird nachfolgend synonym auch als "Qualität" oder "Dimension" bezeichnet, um inhaltliche Parallelen zu den Konzepten anderer Autoren verdeutlichen zu können.

Intratemporal-interlokale Vergleiche können zwischen den Ausprägungsgraden desselben Merkmals (intradimensional) verschiedener Personen(gruppen) (interpersonal) oder Situationen (intersituativ) gezogen werden. Bei intertemporalen Vergleichen werden Ausprägungsgrade personaler oder situativer Merkmale (intradimensional) im Vergleich zu früheren oder künftigen Ausprägungsgraden (retrospektiv oder prospektiv) beschrieben. Intertemporal-prospektive Vergleiche setzen prospektive Zustandsbeschreibungen (TP 5) voraus - dies verdeutlicht den spiralförmigen Zusammenhang zwischen den Teilprozessen.

Die erläuterten Prozesse werden nun in Bezug auf die beiden Befragtengruppen vorgestellt und anhand ausgewählter Textsegmente beispielhaft veranschaulicht.

Professionelle:

Die professionellen Gesprächspartner(innen) begründen die Notwendigkeit einer von ihnen vorzunehmenden Bedarfsfeststellung letztlich unter Verweis auf ihre beruflich bedingte Verantwortung für die stationär versorgten Patienten (siehe TP 6).

Quellen/Methoden: Die von Professionellen nutzbaren und genutzten internen (i) und externen (e) Informationsquellen unterscheiden sich in Art und Umfang zum Teil erheblich von den elterlichen Informationsquellen. Eine besondere Rolle kommt dem vorhandenen Fach- und Erfahrungswissen zu. Die professionelle Informationssammlung erfolgt sowohl zielgerichtet und systematisch als auch beiläufig. Sie umfasst beispielsweise die Sichtung vorhandener Dokumente (Akten), das Beobachten elterlichen Verhaltens, das Befragen der Eltern, aber auch den kollegiale Austausch und die Selbstreflexion. Das Führen von Gesprächen ermöglicht begleitende Beobachtungen und kann unter anderem Informationen über verfügbare Ressourcen liefern. Aus den zusammengetragenen Informationen (z.B. über elterliches Verhalten) wird auch auf Ausprägungsgrade weiterer Merkmale (z.B. Befinden, Kompetenzen) geschlossen.

Arten: Auf die eigene Person (P) beziehen sich beispielsweise Informationen über eigene Eindrücke, Vorlieben oder Verhaltensweisen. Informationen über andere Personen (S) betreffen Patienten (z.B. körperlicher Zustand, Verhalten), deren Eltern (z.B. Informiertheit, Wünsche) und Familien (z.B. Vorerfahrungen, Verpflichtungen) sowie weitere Personen, wie Kolleg(inn)en oder eigene Kinder. Situative Merkmale (S) können sich beispielsweise auch auf zeitliche Ressourcen, technische Geräte oder die Raumgestaltung beziehen.

Anmerkung: Aufgrund der Form der Datenerhebung und der Unterschiede zwischen den beiden Befragtengruppen (vgl. Abschnitt 7.1.2) beinhalten die folgenden Textsegmente nicht nur situative, sondern auch generalisierte Zustandsbeschreibungen. M steht für Merkmal.

Tabelle 45: Ist-Informationssammlung (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Quellen / Methoden
"Wir haben die Anamnese, wir haben die Schwangerschaftswoche des Kindes und mhh, .. natürlich einen Erfahrungswert."	e: Dokumentenanalyse i: Wissensnutzung
	M: (S) Eltern / Kind
"Man beobachtet dann erstmal, wie sie denn vor dem Inkubator ... , wie ist die Körperhaltung, sagt sie was, sagt sie nichts, wo hat sie ihre <u>Hände</u> , guckt sie das Kind an oder guckt sie nur die <u>Geräte</u> an."	e: Beobachtung
	M: (S) Eltern (Verhalten)
"Wir erkundigen uns dann auch nach dem Familienstand: 'Haben Sie denn einen <u>weiten</u> Weg; die anderen Kinder, sind die denn versorgt zu Hause oder auch <u>nicht</u> ?', und lernen dabei die Eltern auch besser kennen und einschätzen im Gespräch."	e: Befragung / Gespräch
	M: (S) Eltern (Belastungen, Verpflichtungen)
"Also, wie man es, glaube ich, auch <u>selber</u> hätte, wenn man ein bisschen in <u>Not</u> ist, und ähm, oder in 'ner <u>Situation</u> , wo man <u>unerfahren</u> ist oder irgendwie <u>hilfebedürftig</u> ist ... dass da jemand <u>ist</u> , der einen so ein bisschen <u>führt</u> ."	i: Selbstreflexion (Vorstellung)
	M: (S) Eltern (Bedürfnisse)
"Na ja, wie stellt man <u>Unsicherheit</u> fest? Wenn der Vater sich nicht traut, das Kind anzufassen. Wenn ich 'nen Vater vor mir habe, der weint ganz bitterlich [...], auch anhand der <u>Fragen</u> : 'Wird dieses Kind überleben, hat es eine Chance, irgendwie? Was soll ich meiner <u>Frau</u> sagen?'"	e: Beobachtung, Gespräch
	M: (S) Eltern (Unsicherheit)
"Ich <u>bin</u> täglich auf den Stationen und ich Priorität mich ... also um einen Gewichtsstillstand wird man mich nicht informieren, aber wenn es zu invasiven Dingen gekommen ist, oder gerade die Sachen, die unerwartet jetzt passiert sind, das erfahre ich morgens."	e: Austausch (Kollegen)
	M: (S) ohne nähere Angabe
"Wir versuchen, unser Ohr da mit hinzuheften, um einfach mal auch mitzukriegen, konkret, <u>welche</u> Information ist jetzt 'rübergegangen, wie ist sie <u>aufgenommen</u> worden und <u>wie</u> - Rhetorik ist ja sehr, sehr unterschiedlich - wie haben die Eltern das unter Umständen aufgenommen?"	e: Gespräch (zuhören) Beobachtung
	M: (S) Eltern (Informiertheit)
"Ich glaube, viele Sachen sind, wenn die Eltern kommen, es ist halt viel <u>Gefühl</u> mit dabei, auch, es ist immer viel Gefühl bei den <u>Fragen</u> , so, und die Fragen, die sie selber stellen und von dem, was für <u>sie</u> erstmal Priorität auch hat."	e/i: Beobachtung, unbestimmter Eindruck
	M: (S) Eltern (Verhalten, Bewertungen)

Absolute und relative Zustandsbeschreibungen sowie zugrunde liegende Vergleiche werden in der folgenden Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 46: Zustandsbeschreibung (Professionelle), Beispiele

Absolute Zustandsbeschreibung		
Textsegment	Merkmale	
"Die sind für den ersten Moment <u>so</u> überwältigt und so beeindruckt und einfach auch so <u>geschockt</u> oder <u>wie</u> auch immer, dass sie dann erst halt mal gehen und dann irgendwann wiederkommen."	(S) Eltern (Erleben, Verhalten)	
"Der Vater kommt halt immer punktuell möglichst jeden Tag, wenn er kann, aber er hat dann wenig Raum und Zeit und ist entnervt und entkräftet."	(S) Eltern (Verhalten, Ressourcen)	
Relative Zustandsbeschreibung		
Textsegment (intrapersonal)	Merkmal	Quantität
"Ich glaube, 'ne Mutter, die ein Kind in der dreißigsten Schwangerschaftswoche bekommt, da gehe ich ein bisschen <u>entspannter</u> mit um [...]"	(P) Selbst (Entspannung)	höher
Textsegment (interpersonal)	Merkmal	Quantität
"Die Eltern, die eigentlich mit 'nem gesunden <u>Kind</u> rechnen, dann aber entweder 's Probleme unter der <u>Geburt</u> gibt, oder es stellt sich dann postnatal raus, dass mit dem Kind irgendwas nicht in Ordnung ist, die haben im Prinzip die größten Probleme, sich mit dieser neuen Situation zu arrangieren."	(S) Eltern (Probleme)	Extrem ("größten")
"Junge Mütter reagieren anders als ältere Mütter. Und ich würde gar nicht werten „besser als“ oder „schlechter als“, als einfach mal <u>anders</u> - mmh, als Eindruck: dass die jüngeren Mütter sehr viel <u>praktischer</u> sind und sehr viel mutiger <u>ans Kind</u> gehen, scheinbar, sag ich jetzt mal so, und <u>ältere</u> Mütter - gut, die haben alle ihre <u>Geschichte</u> ..."	(S) Eltern (Alter, Verhalten)	geringer vs. größer
"Das normale <u>Umfeld</u> fehlt natürlich, also man hat nicht zu <u>Hause</u> die traute <u>Familie</u> , sondern man hat immer die <u>Klinik</u> noch, so als <u>Umfeld</u> , und man ist räumlich ja erst mal getrennt, so, jedenfalls hier auf der Intensiv- dann."	(S) Eltern (Umfeld)	Extrem (Normalität nicht vorhanden)
"Was ich wiederum bei den <u>Eltern</u> beobachte, also wenn ein Kind auf die <u>Intensivstation</u> muss, das bedeutet immer Lebensgefahr. Für uns bedeutet es einfach bessere Überwachung [...] also die denken, die rechnen immer noch nach drei Wochen, ihr Kind ist <u>lebensbedrohlich</u> erkrankt [...], dass ihr Kind vielleicht morgen tot ist."	(S) Eltern (Besorgnis)	größer
Textsegment (intertemporal)	Merkmal	Quantität
"Es fließt mehr auch ein, dass die Eltern da mehr mit <u>eingegliedert</u> werden, wo es <u>geht</u> , also in den normalen Tagesablauf, was damals noch gar nicht der Fall war [...], ja, das hat sich <u>schon</u> verändert, weil das ja auch mehr ein Thema wird insgesamt in der Neonatologie, heutzutage."	(S) Personal (Verhalten: "Eingliederung")	mehr
"Und es ist relativ <u>entspannt</u> mit ihr. Also die <u>war</u> auch ganz <u>ängstlich</u> , und man musste ihr ganz viel <u>Zeit</u> geben, um einen Bezug zu kriegen zu ihrem Kind."	(S) Eltern (Angst)	geringer

Neubeschreibung: Bereits bestehende Zustandsbeschreibungen werden durch zusätzliche beschreibungsrelevante Informationen aktualisiert.

Tabelle 47: Neubeschreibung (Zustand), Professionelle, Beispiel

Textsegment
"Ich glaube, das ist auch ganz wichtig, dass auch immer Punkte von <u>außen</u> dazukommen, dass man nicht nur auf seine eigenen [<i>unverst.</i>] fixiert ist, sondern, dass, ja auch für einen <u>selber</u> , auch für <u>mich</u> die Leute auch andere Punkte bringen, und wo die denn sagen: 'Hey, aber hast du das <u>so</u> schon mal gesehen? Oder: 'Ist Dir <u>das</u> aufgefallen?' - Es gibt auch ganz viele Sachen, die <u>mir</u> nicht auffallen, oder die ich gar nicht <u>wusste</u> ."

Diskussion (Professionelle):

Das beschriebene Zusammentragen und Vergleichen von Informationen unter Nutzung geeigneter Methoden findet auch in der Diagnostik statt, welche bedeutet: "gründlich erkennen, Unterscheidung von Merkmalen und Beurteilungen vornehmen" (Häcker/Stapf 1998). Würde Diagnostik als Form professionellen Handelns verstanden, könnten darüber hinaus Bezüge zu handlungstheoretischen Konzepten hergestellt werden. Diese und weitere Anknüpfungspunkte werden an späterer Stelle vertiefend diskutiert.

Eltern:

Auch die elterlichen Gesprächspartner(innen) berichten über ein Zusammentragen von Informationen (vgl. Abschnitt 7.3.2). Übergreifende Begründungen sind im Abschnitt 7.5.6 zusammengefasst.

Quellen/Methoden: Zu den internen elterlichen Informationsquellen zählen beispielsweise eigene Erwartungen und Erfahrungen sowie verfügbares Wissen über Zustände zu früheren Zeitpunkten oder an anderen Orten und deren Auftretenshäufigkeit. Auf die Unterschiedlichkeit der von Eltern und von Professionellen nutzbaren Informationsquellen wurde bereits hingewiesen. Die elterliche Informationssammlung findet sowohl gezielt als auch beiläufig statt. Methoden zur Nutzung externer Quellen sind insbesondere das Zuhören, Fragen und Beobachten (z.B. des Personals, anderer Eltern, Angehöriger) sowie die Auswertung verschiedener Medien (z.B. Informationsblätter, -broschüren, Bücher, Internet, Fotos).

Arten: Auf die eigene Person (P) bezogene Informationen können sowohl situationsspezifische Aspekte (z.B. momentanes Befinden) als auch situationsübergreifende Aspekte (generalisierte Selbstbeschreibung/Selbstkonzept) umfassen. Andere Personen betreffende Informationen (S) beziehen sich insbesondere auf Merkmale von Kindern, Eltern, Familien und Klinikpersonal (z.B. Befinden, Verhalten, Kompetenzen). Weitere situationsbezogene Informationen (S) können auch klinikspezifische Merkmale (wie Stationsregeln) oder familiäre Absprachen (z.B. zur Aufgabenverteilung) betreffen. Es folgt nur eine knappe Auswahl von Textbeispielen, da einige Sequenzen bereits im Abschnitt 7.3.2 vorgestellt wurden.

Tabelle 48: Ist-Informationssammlung (Eltern), Beispiele

Textsegment	Quellen / Methoden
"Die Ärzte tragen halt das tägliche Programm ein, und wenn sie sehen, da ist gerade jemand da von den Eltern, dann: 'Ja, haben Sie Fragen?' Also die - muss ich sagen, da kann man dann immer gleich .. den aktuellen Zustand hören."	e: Zuhören (Ärzte)
	M: (S) allgemein ("aktueller Zustand")
"Man ist dann eben auf seine <u>Kinder</u> fixiert, und man ist für jeden Kommentar oder jede Anmerkung der Ärzte oder Schwestern <u>dankbar</u> , und ich hab schon gesagt, ich glaub', die meistgestellte Frage ist: ' Was <u>wiegen</u> sie?' Also das ist so . offensichtlich <u>absolute</u> Priorität."	i: Selbstreflexion e: Fragen (Personal)
	M: (P) Selbst (Werte) (S) Kind (Gewicht)

Die für absolute und relative Zustandsbeschreibungen ausgewählten Textsegmente enthalten mitunter nicht nur Beschreibungen, sondern auch bereits Bewertungen (siehe Abschnitt 7.5.2), da Realnormen (Normalität) nicht selten auch als Idealnormen verwendet werden.

Tabelle 49: Zustandsbeschreibung (Eltern), Beispiele

Absolute Zustandsbeschreibung		
Textsegment	Merkmale	
"Es ist so <u>abgekoppelt</u> vom Kind, dadurch, dass man <u>abpumpt</u> . [...] Ich hab so 'n bisschen das Gefühl, meine Schwangerschaft hat gar nicht so richtig <u>aufgehört</u> , oder es gab nicht so richtig so einen <u>Abschluss</u> ."	(P) Selbst (Erleben) (a) Trennung (Kind) (b) Beendigung (Schwangerschaft)	
"Manche Leute trauen sich ja nicht zu fragen [...], viele Leute <u>fragen</u> halt <u>nicht</u> , wenn sie was nicht verstanden haben, und sagen einfach <u>ja</u> , und dafür wälzen sie das Internet oder so."	(S) Eltern (andere) (Informationssammlung) Fragen, Mediennutzung	
Relative Zustandsbeschreibung		
Textsegment (intrapersonal, intertemporal)	Merkmal	Quantität
"Zum Anfang hab ich ja mit die Schwestern, mit die Ärzte <u>kaum</u> gesprochen, oder nachgefragt oder so, aber so langsam kommt es dann <u>doch</u> , dass man denn auf die Schwestern <u>zugeht</u> oder so, wenn man irgendwelche <u>Fragen</u> hat."	(P) Selbst (Aktivität: Fragen)	größer (als zuvor)
"Man ersehnt zwar den Tag: 'Ich will nach Hause', aber wenn der Tag dann da ist, dann denkt man plötzlich doch so: 'Boah! Keine Strippe mehr, die hier 'ne Atmung überwacht oder irgendeine Herzfrequenz anzeigt oder zur Not halt anfängt zu piepen, wenn mal irgendwas <u>ist</u> oder so'. Das sind dann plötzlich <u>doch</u> ganz komische Gedanken."	(P) Selbst (Befürchtungen)	größer (als zuvor)
"Daher hat man halt wirklich irgendwann das Gefühl gehabt, man <u>funktioniert</u> nur noch. Ja, und jetzt merkt man halt erst mal so, wenn man jetzt wieder zur Ruhe kommt, und es wird bestimmt auch kommen, noch extremer, wenn man zu <u>Hause</u> ist, ja, was man eigentlich diese Wochen lang hier <u>geleistet</u> hat."	(S) Situation (Ruhe) (P) Selbst (Reflexionsmöglichkeit)	größer (als zuvor)

Textsegment (interpersonal)	Merkmal	Quantität
"Ich hab so das Gefühl, seitdem ich im Krankenhaus bin, ist es so <u>gelei-</u> <u>tet</u> , und es hat alles nicht so seinen <u>natürlichen</u> Gang."	(S) indifferent ("es", "alles")	nicht durch- schnittlich
"... dass man dafür den Blick bekommt, äh, wie geht es <u>anderen</u> Kin- dern. Ich mein, die werden vor uns ja nicht ... <u>weggeschlossen</u> , bloß weil da ein Kind liegt mit <u>achthundert</u> Gramm, was dann wirklich, wo man dann sagt: 'Mein Gott, das ist ja wirklich <u>wesentlich</u> kleiner.'"	(S) Kind (Gewicht, Größe)	schwerer, größer (eigenes Kind)
"Die <u>bewegen</u> sich, die können <u>schreien</u> , die machen <u>alles</u> , was andere Babys <u>auch</u> machen, die atmen allein, die trinken allein, die schlafen viel, wie jedes andere . die <u>sind</u> halt <u>nur</u> <u>kleiner</u> ."	(S) Kind (Verhalten, Größe)	Durchschnitt bzw. darunter
"Da stimmt was mit dem <u>Blut</u> nicht, oder was weiß ich. Das mag für <u>die</u> da <u>normal</u> sein, dass die das nicht <u>so</u> wichtig finden, aber als Elternteil möchte man natürlich <u>alles</u> wissen, was so <u>los</u> ist." "Wenn die <u>Mo-</u> nitore mal klingeln und so, wird's runtergespielt als Fehlalarm. Aber wir sind eigentlich Laien und können das im ersten Moment ja nicht gleich so <u>einschätzen</u> ."	(P) Selbst (a) Informa- tionsrelevanz (b) Bewertungs- kompetenz	(a) größer (b) geringer

Unterschiedliche Zustandsbeschreibungen können durch eine individuell unterschiedliche Verfügbarkeit von Informationen sowie deren unterschiedliche Auswahl, Zusammenstellung und Auswertung zustande kommen. Diese Unterschiede wurden insbesondere in den Gesprächen mit Professionellen thematisiert und auf variierende persönliche und situative Voraussetzungen zurückgeführt (vgl. Abschnitt 7.7). Berichtet wurde beispielsweise eine mitunter beobachtete elterliche Überforderung bei der Informationsverarbeitung sowie die daraus resultierende Notwendigkeit einer wiederholten Informationsvermittlung (vgl. Abschnitt 7.3.2).

Neubeschreibungen: Die professionellen Gesprächspartner(innen) schilderten auch eigene Bemühungen, elterliche Zustandsbeschreibungen zu beeinflussen. Die zugehörige Unterstützungsform könnte als "Beschreibungsunterstützung" bezeichnet werden und beinhaltet insbesondere die gezielte Lenkung elterlicher Aufmerksamkeit auf ausgewählte Informationen.

Tabelle 50: Neuschreibung (Zustand), Eltern, Beispiel

Textsegment (Professionelle)
"Sie <u>erkennt</u> und kennt das Kind am besten, meistens noch <u>vor</u> den <u>Eltern</u> , und ist dann in der Pflicht ... <u>macht</u> se auch ... die Eltern an's Kind zu bringen .. diesen Kontakt . herzustellen [...], auch wenn er manchmal schmerzhaft ist, manchmal <u>müssen</u> wir diesen Kontakt herstellen, um dann gewährleisten können, dass <u>dann</u> im schlimmsten Fall auch <u>Abschied</u> genommen werden kann."
"Dann ist es so ein Stück, dass man irgendwie jeden Tag beobachtet, was so Neues <u>passiert</u> , und das <u>macht</u> man mit den Eltern <u>zusammen</u> ." "Und das macht auch der Vater, also der ist durchaus immer der, der daneben steht und sich mehr den Monitor anguckt als sein Kind ... Und dann kann man natürlich reingehen und sagen, so hmhmhmhm [<i>verneinend</i>], nicht da oben, sondern da unten, ja(?), da ist die Nase und der Mund und da [<i>lacht</i>] wird jetzt mal beobachtet und dann zusammen eingeschätzt, wie es denn aussieht und wirkt."

"Oft ist es ja so, dass das ihnen erst mal verständlich gemacht werden muss, was ist denn überhaupt los oder was passiert, sei es beim Herzfehler oder bei 'ner zentralen Schädigung oder so was... Also, dann geht einfach darum, das Verständnis der Eltern erst mal zu bekommen in dem Sinne, dass man sich sicher sein kann, die wissen wovon wir reden. Und das braucht auf der einen Seite Zeit und Geduld und vielleicht auch nicht nur ein sondern vielleicht auch zwei oder drei Gespräche. Und es braucht eben manchmal auch beispielsweise die Hilfe einer Zeichnung oder so."

Diskussion (Eltern):

Inhaltliche Bezüge zum Konzept "Bewältigung" sind klar erkennbar: Informationssuche und Informationssammlung wurden im Abschnitt 2.5.1 als relevante elterliche Bewältigungsformen genannt. Balling und McCubbin verwiesen in ihrer Untersuchung zu den Eltern chronisch kranker Kinder auf die Funktion elterlicher Informationssammlung: "Gathering information is a way parents use to control anxiety and manage uncertainty" (2001: 115). Der angedeutete inhaltliche Zusammenhang zwischen Informationssammlung und elterlichem Befinden erschließt sich jedoch erst, wenn auch vermittelnde Vergleichs- und Bewertungsprozesse betrachtet werden. Verbindungen zwischen dem Bewältigungskonzept und Arbeiten zu sozialen Kognitionen (Theorien der sozialen Vergleiche) wurden beispielsweise von Wentura und Kollegen (2002: 107f) hervorgehoben. Die entlastende Wirkung "günstiger" sozialer Vergleiche (downward comparisons) wird entsprechenden Erkenntnissen zufolge insbesondere bei negativen Ereignissen genutzt und setzt offensichtlich vorherige (Erst-)Bewertungen voraus. Studien zu den Auswirkungen sozialer Vergleiche auf das elterliche Befinden im Untersuchungsfeld wurden im Abschnitt 2.5.5 benannt. Auf die Relevanz temporaler Vergleichsprozesse wies bereits Albert im Jahr 1977 hin; hierzu liegen allerdings weniger empirische Untersuchungen vor (Frey et al. 1993). Die Selbst-regulatorische Funktion sozialer und temporaler Vergleichsprozesse wurde von Lindenberger und Schaefer auch in Bezug auf die Lebensspanne erwähnt (2008: 405f). Philipp und Ferring (2002) beschrieben temporale und soziale Vergleichsprozesse insbesondere für die Auseinandersetzung mit Krebserkrankungen und integrierten sie in ein heuristisches Modell für die Analyse von Bewältigungsprozessen. Die vorliegenden Befunde sprechen dafür, dass eine solche Betrachtungsweise auch erfolgreich für eine systematische Analyse elterlicher Bewältigungsprozesse im Untersuchungsfeld genutzt werden könnte. Im Rahmen der hier vorliegenden Publikation wurden die verschiedenen Vergleichsformen darüber hinaus stärker differenziert. Soziale Vergleiche wurden beispielsweise als interpersonale Vergleiche bezeichnet, um sie von intrapersonalen Vergleichen konzeptuell trennen zu können. Auch temporale Vergleiche wurden entsprechend unterteilt.

Frey und Kollegen schrieben: "Ziel der Suche nach Vergleichsinformationen ist nach Festinger eine möglichst exakte Bewertung der eigenen Merkmale." (1993: 97). Der hier durchgeführten Untersuchung zufolge wird neben der Selbstbewertung allerdings auch eine Situationsbewertung angestrebt (siehe Abschnitt 7.5.2). Die oben zitierte Äußerung von Balling und McCubbin verweist zudem auf ein elterliches Streben nach Kontrolle. Kontrolltheoretische Bezüge werden unter anderem im Abschnitt 7.5.6 diskutiert.

Im Hinblick auf die Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs wäre festzuhalten, dass die Bedarfsfeststellung sowohl von der Verfügbarkeit geeigneter Informationen als auch von den Möglichkeiten zur Informationsverarbeitung abhängen dürfte (vgl. Abschnitt 7.7).

Diskussion (übergreifend):

Soziale Vergleichsprozesse stellen nicht nur innerhalb der Bewältigungsforschung, sondern auch innerhalb verschiedener sozialpsychologischer Theoriekonzepte eine zentrale Variable dar (Fischer/Wiswede 2002: 147ff). Sie beinhalten allerdings meist auch bereits Bewertungsaspekte. Die in der vorliegenden Schrift hingegen getroffene Unterscheidung zwischen Beschreibung (Deskription) und Bewertung (Evaluation) entspricht etwa der von Arnold vorgenommenen Differenzierung zwischen "faktischen" Kognitionen (Tatsachenüberzeugungen) und "evaluativen" Kognitionen (Wertüberzeugungen). Der Begriff "Tatsachenüberzeugung" wird analog auch von Weiner verwendet (vgl. Reisenzein et al. 2003: 54f, 104f). Im Hinblick auf die eigene Person (Selbst) wird entsprechend zwischen kognitiv-beschreibender und bewertend-affektiver Repräsentation unterschieden (z.B. Lukesch 1998: 370). Folgt man der von Dickhäuser und Rheinberg (2003: 53) geforderten Unterscheidung zwischen Selbsteinschätzung (mit dem Ziel eines möglichst validen Selbstbildes) und affektiver Selbstbewertung, wäre die unter TP 1 erläuterte und unter Bezug auf Realnormen²⁸ stattfindende Zustandsbeschreibung als "Zustandseinschätzung" zu bezeichnen. Allerdings inkludiert der Begriff "Einschätzung" bei Lazarus (1995: 212ff) bereits Bewertungen.

²⁸ Hinsichtlich der Bezugsnormorientierung unterscheidet Rheinberg (2006: 55f) zwischen Realnorm (sozialer [Durchschnittsnorm] oder individueller Normbezug) und Idealnorm (kriterialer Normbezug).

7.5.2 Bewertungen des aktuellen Zustands (TP 2)

Für Zustandsbewertungen werden für erstrebenswert erachtete Ausprägungsgrade ausgewählter Zustandsmerkmale (Soll-Informationen) genutzt. Da Bewertungen intradimensionale Vergleiche jeweils zweier Ausprägungsgrade erfordern, betreffen Soll-Informationen die auch zur Beschreibung von Ist-Zuständen genutzten Merkmale und beziehen sich beispielsweise auf erwünschte Kompetenzen der Kinder (wie selbständige Atmung), der Eltern (wie Versorgungskompetenz) oder des Klinikpersonals (wie Einfühlungsvermögen). Sie stammen wie Ist-Informationen aus internen und externen Quellen und stehen in Verbindung sowohl zum Konzept der Verantwortung als auch zu kollektiven und individuellen Werten (vgl. Abschnitt 7.5.6). Die Einbindung von Soll-Informationen (Kriterien) in komplexere Zielstrukturen erfordert, zwischen ursprünglichen (konkreteren) "Sollte"-Kriterien, übergeordneten (abstrakteren) Soll-Kriterien und aktualisierten (konkreteren) Soll-Kriterien zu unterscheiden. Daher werden erwartungsvergleichende²⁹ Bewertungen, aktuelle Bewertungen und aktualisierte Bewertungen (Neubewertungen) getrennt.

Erwartungsvergleichende Bewertungen des aktuellen Zustands finden über Ist-Sollte-Vergleiche statt. "Sollte"-Kriterien beschreiben bisher erwartete und erwünschte (angestrebte) "Sollte"- oder befürchtete (zu vermeidende) "Sollte nicht"-Merkmalsausprägungsgrade.

Aktuelle Bewertungen erfolgen über Vergleiche zu übergeordneten, abstrakteren Soll-Kriterien und können in absolute und relative Bewertungen unterteilt werden.

Absolute Bewertungen basieren auf intradimensionalen Ist-Soll-Vergleichen. Aufgrund wert- und zeithierarchisch strukturierter Soll-Kriterien (Zielvorstellungen) finden diese sowohl intra- als auch intertemporal statt. Die Ergebnisse dieser Vergleiche hängen von den jeweils genutzten, unterschiedlich hoch bewerteten und zeitlich (kurz-, mittel- und langfristig) gesetzten Soll-Ausprägungsgraden ab.

Ist-Soll(te)-Vergleiche können zur Feststellung von Gleichheit (Nicht-Diskrepanz) oder Ungleichheit (Diskrepanz) führen. Die Feststellung von Gleichheit zieht eine neutrale oder positive Bewertung nach sich. Festgestellte Ist-Soll(te)-Diskrepanzen werden in Abhängigkeit von ihrer Größe und Abweichungsrichtung unterschiedlich stark positiv oder negativ bewertet. Der Feststellung von Ist-Sollte-Diskrepanzen kann eine Ursachensuche (siehe Abschnitt 7.5.3) folgen.

Relative Bewertungen setzen mehrere absolute Bewertungen voraus, welche unter Nutzung der im Abschnitt 7.5.1 erläuterten Vergleiche zueinander in Beziehung gesetzt werden. Intratemporal vergleichende Relativ-Bewertungen finden intra- oder interlokal statt. Intratemporal-intralokal vergleichende Relativ-Bewertungen entstehen beispielsweise unter Bezugnahme auf Absolutbewertungen verschiedener Merkmale (interdimensional) desselben Zustands (intrapersonal, intrasituativ). Intratemporal-interlokal vergleichende Relativ-Bewertungen entstehen im Vergleich der Absolutbewertungen des-

²⁹ Dieser Begriff erscheint, da er möglicherweise als Vergleich mehrerer Erwartungen missverstanden werden könnte, noch nicht zufriedenstellend gewählt. Die Autorin bedankt sich für Alternativvorschläge.

selben Merkmals (intradimensional) verschiedener Zustände (interpersonal, intersituativ). In Abhängigkeit festgestellter Diskrepanzen entstehen jeweils positivere oder negativere Bewertungen des aktuellen Zustands.

Intertemporal vergleichende Relativ-Bewertungen erfolgen in retrospektiver und prospektiver Richtung. Bei intertemporal-retrospektiven Bewertungen werden Absolutbewertungen aktueller Zustände mit Absolutbewertungen früherer (War-)Zustände verglichen. Fallen negativ bewertete Ist-Soll-Diskrepanzen für den aktuellen Zustand geringer aus als für frühere Zustände, wird dies als eingetretene Verbesserung bewertet, fallen sie größer aus, als eingetretene Verschlechterung³⁰. Werden keine Veränderungen festgestellt oder gleichen positive und negative Bewertungen einander aus, folgt eine indifferente (neutrale) Bewertung. Bei intertemporal-prospektiven Relativ-Bewertungen werden Absolutbewertungen aktueller Ist-Zustände mit jenen kurz-/mittel-/langfristig erwarteter Zustände verglichen. Dies setzt Beschreibungen und Bewertungen künftiger Zustände (TP 5 und TP 6) voraus und verdeutlicht erneut den spiralförmigen Zusammenhang zwischen den Teilprozessen.

Neubewertungen sind aktualisierte Bewertungen und entstehen unter Nutzung aktualisierter Beschreibungen (TP 1, 3, 5) und aktualisierter Soll-Informationen (TP 6). Elterliche und professionelle Gesprächspartner(innen) berichteten über ihre Bemühungen zur Beeinflussung von Bewertungen durch gezielte Nutzung ausgewählter Informationen.

In den folgenden exemplarischen Äußerungen sind beschreibende und bewertende Aussagen oft eng miteinander verknüpft.

Professionelle:

Die Notwendigkeit von Bewertungen leiten Professionelle ebenfalls aus ihrer berufsbedingten Verantwortung ab (siehe TP 6). Hieraus resultiert eine Zielgerichtetheit bei der Auswahl als bewertungsrelevant betrachteter Informationen. Beispiele für die Bezugnahme auf Soll-Kriterien werden sowohl hier als auch unter TP 4 und TP 6 genannt.

Tabelle 51: Soll-Informationen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Merkmal	Ausprägungsgrad
"Sie müssen die Möglichkeit haben, so oft, wie sie gern <u>möchten</u> , beim Kind zu sein. Nicht das Gefühl zu haben, dass sie ... irgendwie stören, oder dass sie nicht kommen dürfen, oder dass sie <u>unerwünscht</u> sind."	(S) Eltern (a) Kontaktmöglichkeit (Frequenz) (b) Erleben	(a) Soll: wunschgemäß (b) Soll nicht: Unerwünschtheit

³⁰ zur Bewertung "Verlust": siehe Abschnitt 7.5.6.

"Am Anfang ist es halt nur <u>an</u> fassen, also da sein, sie sollen ja auch mit ihnen reden, also das versuche ich ihnen immer, dass sie die Stimme ja auch kennen, und dass sie ja auch einfach nur <u>da</u> sitzen können und mit ihnen reden oder..., wenn ihnen nichts einfällt, ihnen ein <u>Buch</u> vorlesen sollen oder so."	(S) Eltern (Anwesenheit, Kontakt)	Soll: Vorhandensein
"Da ist mir dann immer wichtig, dass ... um diesen normalen Alltag, den man eben <u>vorher</u> hatte, vor der Geburt des Kindes, dass man da schon 'n Stück doch wieder <u>zurück</u> findet."	(S) Eltern (komplex: Alltag)	Soll: Normalität (vorheriger Zustand)
"Diese <u>Übersorge</u> um 's Kind auf der Intensivstation, völlig normale Sache, ja(?). Die ist natürlich <u>vorhanden</u> , aber die soll ja möglichst bis zur Entlassung der Kinder <u>abgebaut</u> werden. Dass nicht mehr diese Übersorge - die Sorge wird immer da sein und soll auch dableiben, das ist es ja nicht. Aber nicht dieses <u>Überbesorgte</u> ."	(S) Eltern (Sorge)	Soll: Normalität
"Dann müssen sie sich mit dem <u>Gerät</u> noch auseinandersetzen; dann müssen sie wissen, was passiert, wenn das Gerät <u>alarmiert</u> . [...] Sie müssen um die <u>Menge</u> Bescheid wissen, um die <u>Art</u> der Nahrung, sie müssen um die <u>Grund</u> versorgung ihres Kindes wissen, sprich, wie habe ich das und das zu machen, auf was hab ich zu achten, wenn ich <u>raus</u> gehe, wie habe ich das Kind anzuziehen."	(S) Eltern (Wissen)	Soll: Vorhandensein

Erwartungsvergleichende Bewertungen: Die nachfolgenden, für Ist-Sollte-vergleichende Bewertungen ausgewählten Textsegmente geben nur einen knappen Eindruck. Sie werden durch weitere Beispiele im Abschnitt 7.5.3 ergänzt, welche auf Prozesse der Ursachensuche verweisen.

Tabelle 52: Erwartungsvergleichende Bewertungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Merkmal	Bewertung
"So Formulierungen, das ist ja dann auch ehrlich, dass wir eben Kinder mit der <u>gleichen</u> Diagnose erlebt haben, die sich <u>unerwartet gut</u> entwickelt haben, für uns dann viel besser als, ja, unerwartet gut, und dann Kinder mit einer Hirnblutung zweiten Grades, die eigentlich gar nicht den schweren Grund haben, die eben <u>doch</u> größere Defizite als erwartet."	(S) Kind	positiv/ negativ
"Dass sie dann also, na die meisten sich eigentlich <u>angenommen</u> fühlen. Gibt immer auch mal Haken, wo Sachen nicht so sind, wo bestimmte Sachen auch schief gelaufen sind."	(P) Selbst (Ressourceneinsatz)	positiv/ negativ

Aktuelle Bewertungen: Absolute und relative Zustandsbewertungen werden in der folgenden Tabelle veranschaulicht. Die Vergleiche schließen auch Teilvergleiche ein, welche der Übersichtlichkeit halber hier nicht benannt wurden. Da die professionellen Gesprächspartner(innen) überwiegend populationsbezogene Bedarfsbegründungen anführten (vgl. Abschnitt 7.1.2), bezogen sich intra- und interpersonal vergleichende Bewertungen eher auf Personengruppen als auf Einzelpersonen.

Tabelle 53: Aktuelle Zustandsbewertung (Professionelle), Beispiele

<u>Absolute</u> Zustandsbewertung		
Textsegment	Merkmal	Bewertung
"Bei den Kindern, die einfach nicht kr(ank), also die wirklich nur früh geboren sind, und nicht krank sind, da steht ja auch einfach die Norm im Vordergrund, dass die einfach zu klein sind und wachsen müssen."	(S) Kind (Größe)	negativ ("zu klein")
"Wenn ich von den Schwestern nichts höre, von den Ärzten nichts höre, es sei denn, wenn ich mit denen zusammenarbeit', dass da ein <u>Problem</u> ist ... oder von den Eltern eben direkt, dann scheint es alles gut zu laufen."	(S) indifferent	positiv ("gut")
"Obwohl der Arzt sagt, das habe ich ihr wirklich erklärt, dass es ihrem Kind gut geht. Da vertraut sie diesen Dingen nicht. Dann kennt sie ihr Kind noch viel zu wenig."	(S) Eltern (Vertrauen, Kenntnisse)	negativ ("zu wenig")
"In einer Eineinhalb-Zimmerwohnung zu fünft oder so, und dann mit so 'nem kleinen Kind [...] oder weil vielleicht dann noch Alkohol oder sonst was im Spiel ist. [...]. Dann wird's <u>schon</u> kritisch, dann kommen die nicht, dann kümmern sie sich zu wenig um's Kind und schieben natürlich immer vor, sie haben kein Geld für die Reise oder dieses oder jenes fehlt."	(S) Eltern (Verhalten)	negativ ("zu wenig")
<u>Relative</u> Zustandsbewertung		
Textsegment (intrapersonal-intertemporal)	Merkmal	Bewertung
"Diese Anspannung auf der Intensivstation für die Eltern bleibt <u>weiterhin</u> , weil es eine sehr ambivalente Phase für Eltern ist."	(S) Eltern (Anspannung)	keine Differenz
"Es geht hoch und runter, da sich die Kinder innerhalb von kürzestem Zeitraum verschlechtern oder verbessern können."	(S) Kind (Gesundheit)	negativer/ positiver
Textsegment (interpersonal)	Merkmal	Bewertung
<i>bezogen auf 30. SSW:</i> "...weil diese Kinder einfach viel, viel bessere Lebenschancen haben und schon einen besseren Start haben auch. Und je kleiner die Kinder werden, umso komplizierter wird das natürlich, von dem, was einfach noch passieren kann."	(S) Kind (Chancen)	positiver/ negativer
"'Ner 20-jährigen Mutter kann man diese Dinge besser <u>klarmachen</u> , dass man, dass dieses Kind vielleicht irgendwann mal einfach sehr schwer krank sein wird. Dass dieses Kind, wenn es dann vielleicht 'ne Hirnblutung hat, sein Leben lang <u>behindert</u> sein wird [...] Bei 'ner 35-jährigen Mutter, die <u>ticken</u> ganz anders."	(S) Eltern (Verständnis)	positiver ("besser")
" <u>Oder</u> über die pränatale Diagnostik ist irgend ein Krankheitsbild schon <u>bekannt</u> [...] dass die dann schon sehr viel wissen, schon Kontakt haben und natürlich <u>viel, viel</u> , viel <u>gezielter</u> fragen, viel besser <u>vorbereitet</u> sind."	(S) Eltern (Vorbereitung)	positiver ("besser")

Neubewertungen: Aktualisierte professionelle Bewertungen basieren auf aktualisierten beschreibungs- und/oder bewertungsrelevanten Informationen.

Tabelle 54: Neubewertung (Zustand), Professionelle, Beispiel

Textsegment
" <u>Dann</u> sieht man im weiteren Verlauf mit den Eltern einfach so, wo kommen jetzt <u>neue</u> Probleme auf, das ist ja ein <u>Verlauf</u> , ne(?), es kann auch durchaus sein, dass es Familien gibt, wo denn <u>neue</u> Probleme entstehen, der Gesundheitszustand des <u>Kindes</u> oder des sozialen <u>Umfeldes</u> der Familie, was sich ändert ...oder nicht mehr funktioniert an Hilfe, die vorher vielleicht noch funktioniert <u>hat</u> ."

Professionelle Bedarfsbegründungen enthielten nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Bewertungsaspekte. Insbesondere größere, negativ bewertete Diskrepanzen bildeten eine zentrale Voraussetzung für die Begründung elterlichen Unterstützungsbedarfs.

Tabelle 55: Quantitative Bewertungsaspekte (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Merkmal	Quantität
"Deswegen ist immer wichtig, den Sachverhalt 'Visite' oder den Sachverhalt 'Jetziger Stand aus medizinischer Sicht' auch ein bisschen zu wissen und ein bisschen zu kennen, wenn die Ärzte sagen: 'Dem Kind geht's heute sehr gut.' Ja(?), die haben gar keine Probleme. Und die Mutter sitzt vor dem Inkubator und bricht fast zusammen, weil sie denkt, ihr <u>Kind</u> stirbt, da haut was ganz doll nicht <u>hin</u> ." "Und auch einfach sieht, wo ist der <u>Wissensstand</u> dieser Eltern. Und dann kann man ja auch, wenn man merkt, da ist eine Riesenlücke, die ist vielleicht Arzt und Schwestern gar nicht <u>aufgefallen</u> , wiederum rückkoppeln."	(S) (a) Personal (b) Eltern (Wissen)	"ganz doll" "Riesenlücke"
"Dass man sehen muss, also, wie <u>funktioniert</u> das, wie <u>geht</u> das, und wenn die Schere <u>all</u> zu weit auseinander geht, müssen wir da aktiv werden."	(S) Eltern (Ressourcen: Können)	" <i>allzu weit</i> "

Diskussion (Professionelle):

Wie in den aufgeführten professionellen Bedarfsbegründungen kommt auch im Rahmen der Diagnostik dem Bezug auf Normen eine wichtige Bedeutung zu. Real- und Idealnormen sind auch hier oft identisch. Dass die Legitimation professionellen Handelns unter Rückgriff auf Normen und Werte erfolgt, diskutiert unter anderem Langer für die Soziale Arbeit (2005: 165ff). Die Systematisierung der von verschiedenen Autoren vorgelegten Bedarfskonzepte und beschriebenen Methoden zur Bedarfsfeststellung im ersten Teil dieser Schrift (vgl. Abbildung 3) zeigt, dass (Ist-Soll-)Vergleiche ein grundlegendes Charakteristikum von Bedarfsbestimmungen darstellen. Ist-Sollte-Vergleiche werden dort allerdings nicht separat erwähnt. Erwartungsvergleichenden Bewertungen würden auf der Makroebene beispielsweise Themen der bewertenden Versorgungsforschung entsprechen (vgl. Pfaff 2003: 20). Weitere Anknüpfungspunkte werden perspektivenübergreifend diskutiert.

Eltern:

Eltern begründen die Notwendigkeit aktueller Zustandsbewertungen - ähnlich wie Professionelle - unter Verweis auf die aus eigenen Verantwortlichkeiten resultierenden Entscheidungserfordernisse (siehe Abschnitt 7.5 6). Genutzte Bewertungskriterien stammen aus internen und externen Quellen; eigene Vorstellungen, Wünsche oder Befürchtungen kommen ebenso zum Tragen wie übernommene Kriterien. Beim Zusammentragen bewertungsrelevanter Informationen gehen auch Eltern mehr oder weniger gezielt vor (vgl. TP 1). Dass bereits im Abschnitt 7.3 viele Textbeispiele den elterlichen Bezug auf Soll-Kriterien veranschaulichen, zeigt, dass einige der dort aufgeführten Bedarfsarten zugleich Zustandsmerkmale darstellen, deren Ausprägungsgrad als Kriterium zur Bedarfsbegründung verwendet wird.

Tabelle 56: Soll-Informationen (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)	Merkmal	Ausprägungsgrad
"Man sollte sich schon <u>wohl</u> fühlen, auf jeden Fall, es gibt zwar sicher mal Leute, die man <u>mehr</u> mag, die einen <u>weniger</u> , aber sollte schon irgendwie, finde ich, 'ne Harmonie entstehen, so, dass man wirklich sich sicher sein kann, das <u>stimmt</u> , was der mir da erzählt. Oder die Schwestern, oder die Ärzte, wer auch <u>immer</u> , dass man sich eben gut aufgehoben fühlt." "Egal, ob es jetzt Personal ist, oder ob es diese <u>Monitore</u> sind, das sollte einfach <u>stimmen</u> , denke ich. Dass man auf der sicheren <u>Seite</u> irgendwo steht."	(P) Selbst (Wohlbefinden, Sicherheit)	hoch
"Ich gehöre nicht, oder möchte nicht mich selber .. in so eine Gruppe reindrücken, wo ich immer wieder so dieses . darauf Wert lege: 'Ich habe ein <u>Frühchen</u> '. Sondern, ich möchte einfach wirklich an den Tag kommen, wo ich sage: 'Ich bin einfach nur Mutter. Mutter von 'nem gesunden Kind, und das ist jetzt hier in Ordnung.'. Und nicht immer was Spezielles irgendwo sein." "Sicherlich möchte man irgendwo von diesem Punkt wegkommen: 'Ich habe ein Frühchen, bei mir ist alles <u>anders</u> , und ich habe ein <u>Extremkind</u> oder so.', sondern man möchte einfach irgendwann wirklich in dieses Level kommen, dass man sagt: 'Wir sind jetzt <u>Familie</u> . Ich habe ein stinknormales Kind, mein Kind trinkt, mein Kind hat seine Pampers, meinem Kind geht's gut, und alles ist normal. Und auf dieses Level will man ja halt irgendwann mal <u>auch</u> kommen. Und danach sehnt man sich auch irgendwann.'" ⁷	(P) Selbst (Selbstbild) (S) Kind (Verhalten, Befinden)	Durchschnitt (Normalität)

Das mit den Zustandsbewertungen verknüpfte emotionale Erleben wird in den Äußerungen der elterlichen Gesprächspartner(innen) deutlicher als in jenen der professionellen Gesprächspartner(innen) verbalisiert (vgl. Abschnitt 7.1.2).

Erwartungsvergleichende Bewertungen lassen sich besonders klar anhand ursprünglich auf den Geburtszeitpunkt gerichteter elterlicher Erwartungen (Wünsche, Befürchtungen) veranschaulichen:

Tabelle 57: Erwartungsvergleichende Bewertungen (Eltern), Beispiele

Textsegment	Merkmal	Bewertung
<p>"Die werden ja auch zu einem Zeitpunkt aus dem Bauch geholt, wo sie eigentlich noch, also jetzt bei uns, in <u>unserem</u> Fall, noch acht Wochen im Bauch hätten sein sollen."</p> <p>"Das Negative <u>ist</u> halt, ein erhöhter <u>Aufwand</u>, und die <u>Kinder</u> sind nicht da, wo sie eigentlich <u>sein</u> sollten ... die Ängste um den <u>Gesundheitszustand</u>..."</p>	<p>(S) Kinder (Zeitpunkt, Ort)</p> <p>(S) Situation (Aufwand)</p> <p>(P) Selbst (Angst)</p>	negativ
<p>"Ich bin ja schon mal zufrieden, dass sie überhaupt am <u>Leben</u> ist. [...] Und in [<i>Klinikname</i>] haben sie mir ja gesagt, <u>wenn's</u> zur Welt kommt, ist es schwerbehindert, aber, die haben mich ja <u>komplett</u> schon <u>aufgegeben</u>. Die haben mir ja gesagt, dass ich das Kind <u>verliere</u> auf jeden Fall. [...] Und deswegen bin ich ja wirklich total zufrieden. Weil, ich kann es mir gar nicht <u>vorstellen</u>, wenn ich die Kleine <u>jetzt</u> nicht <u>hätte</u>. <u>Will</u> ich auch gar nicht, weil, jetzt <u>hab</u> ich sie, und ich bin <u>völlig</u> zufrieden."</p>	<p>(S) Kind (Leben)</p>	positiv (zufrieden)
<p>"So diese Idealbilder, die man hat, die hatten wir natürlich <u>auch</u>. Und da war nirgendwo ein Gedanke gewesen mit Frühchen, mit einem Vierteljahr Krankenhausaufenthalt, oder <u>sonst</u> irgendwas."</p>	<p>(P) Selbst</p>	negativ (nicht ideal)
<p>"Hätte ich mir ja nie <u>träumen</u> lassen, also alles hätte im Leben passieren können, aber <u>nicht so</u> was. Damit hat keiner gerechnet. Und dann frische <u>Beziehung</u>, <u>auch</u> noch alles so frisch." "Nach drei Tagen haben sie mich dann zum ersten Mal mit Bett runtergefahren, um den Kleinen zu sehen, na ja, und da habe ich dann auch gesagt, wäre der Kleine bloß im Mutterleib gestorben, man hätte nicht so viele Rennereien und .. Schmerzen und alles und, na ja, das war schon traurig und belastend... Wenn man das denn so sieht, an die ganzen Apparate angeschlossen, an die ganzen Schläuche, ist ja alles größer wie er <u>selber</u>."</p>	<p>(P) Selbst</p>	negativ
<p>"Und dann steht man mit so einer Materie, wo man sich ja wahrhaftig <u>gar</u> nicht auskennt, und sich auch nie damit auseinandergesetzt hat, weil, man geht ja immer davon aus, das passiert <u>anderen</u>, und nicht einem selber."</p>	<p>(P) Selbst (Wissen)</p>	negativ (ungenügend)
<p>"Ich denk mal, das ist 'n bisschen speziell dadurch, dass wir <u>vorher</u> schon hier waren, das heißt, man ist an die Klinik gewöhnt, man weiß auch vorher, dass man auf diese Station kommt. Und dadurch ist man natürlich vorgewarnt [...] vorbereitet, dass man auf 'ner Intensivstation wahrscheinlich also landet."</p>	<p>(P) Selbst (Erwartungen)</p>	keine Diskrepanz; neutral

Aktuelle Zustandsbewertungen entstehen als absolute Bewertungen durch elterliche Ist-Soll-Vergleiche.

Tabelle 58: Absolute Zustandsbewertung (Eltern), Beispiele

Textsegment	Merkmal	Bewertung
"Man ist selber .. ja emotional ganz schön ... ja, getroffen, oder man ist traurig, man ist manchmal vielleicht ein bisschen <u>depressiv</u> , weil dis, man sich das anders vorstellt."	(S) indifferent	negativ (bedauern bzw. Sorgen)
"Insofern, eigentlich, ist es wahrscheinlich für alle ein Thema, weil sich alle immer Sorgen machen, und, sobald irgendwas nicht in der Norm ist oder irgendwie komisch ist."		
"Ich bin eigentlich so ein ziemlicher Optimist und auch immer ganz fröhlich und so, und man merkt mir das auch nicht so schnell <u>an</u> , aber wenn es dann so weit ist, dann muss es schon wirklich hart an der Grenze sein, von daher weiß ich dann, also das ist dann <u>schon</u> wirklich ein Punkt da, wo es dann <u>ziemlich anstrengend</u> ist. Sonst wär's bei mir nicht so."	(P) Selbst (Stimmung, Belastung)	negativ ("hart an der Grenze")
"Die Zimmer sind ja nun <u>doch</u> sehr klein hier. Das ist das, was mir, was <u>auch</u> nicht <u>so</u> schön ist, weil es einfach zu <u>klein</u> alles hier ist. Weil, dieser Ansturm auf diese Klinik ist <u>einfach</u> mal zu <u>groß</u> . [...] wo die drei, wie die anderen Räume da, drei so 'ne Bettchen da stehen, wo man gerade mal ein Stuhl dazwischen kriegt, ja(?), und wenn man <u>da</u> von frühs bis abends da sitzt..."	(S) Station (Raum)	negativ (zu klein)
"Auf jeden Fall freue ich mich, jeder Tag, den ich hier bin, und sehe, ihr geht's gut, sie grient mich an, hält meinen Finger, und darüber bin ich <u>völlig</u> begeistert. Ja, sie hält meinen Finger fest, lächelt mich an, und das finde ich völlig, ooohhh, das ist einfach unbeschreiblich. Da kann man nicht so sagen, dass das ein schönes Gefühl ist, sondern das ist einfach <u>mehr</u> als ein schönes Gefühl. Das ist einfach ... <u>genial</u> "	(P) Befinden	positiv
"Man wird hier gut versorgt, man hat seine Schätze auf der Brust, und es ist eigentlich <u>kuschlig</u> warm, und man kann auch <u>schlafen</u> , und mein Mann kann auch mal <u>schnarchen</u> , und dann wird ein bisschen gelächelt. Also ich glaub, das heißt ja <u>doch</u> [...], dass man sich da wirklich entspannt und sich wohl fühlt."		

Relative Zustandsbewertungen entstehen unter Nutzung weiterer Vergleiche und sind in der folgenden Tabelle exemplarisch aufgeführt.

Tabelle 59: Relative Zustandsbewertung (Eltern), Beispiele

Textsegment (intrapersonal-intertemporal)	Merkmal	Bewertung
"Früher war das alles <u>doch</u> noch anders. Da brauchtest Du nicht viel [...] das war auch alles <u>leichter</u> und anders, aber jetzt, das ist ja <u>schlimm!</u> [...] und dann machste dreiundsechzig <u>Kopien</u> , und dann bringste das alles <u>hin</u> , für's <u>Erziehungsgeld</u> , und dann kann das wieder nicht <u>bearbeitet</u> werden, weil <u>irgendwie</u> wieder was <u>fehlt</u> ..."	(S) Situation Anforderungen	negativer

Textsegment (interpersonal)	Merkmal	Bewertung
"Oder wenn ich andere Eltern mit Kindern auch draußen sehe oder so. Dann könnte ich doch schon heulen."	(P) Selbst	negativer
"Mit 'nem Fröhchen <u>ist</u> das schon eine bisschen schwierige Situation, weil, bei ihm ist so ein Schnupfen wahrscheinlich noch schlimmer als bei irgendeinem, einem <u>Normal</u> geborenen."	(S) Kind (Gesundheit)	negativer
"Das gehört dann hier halt zu dem Alltag mit dazu, dass so ein kleines Baby operiert werden muss [...] Aber ich <u>seh'</u> das so, also denke auch: 'Oh Mist, na bloß gut, dass das jetzt nicht unsere sind'".	(S) Kind (Gesundheit)	positiver
"Ich bin ja <u>wirklich</u> kein großer Frager, und ich bin auch der Meinung, ich geh hier keinem wirklich großartig auf den <u>Nerv</u> oder so. Also, da gibt's bestimmt auch viel <u>Schlimmere</u> ."	(P) Selbst (Aktivität: Fragen)	positiver
Textsegment (interpersonal, Professionelle)	Merkmal	Bewertung
"Dass [...] die Eltern auch merken, sie sind nicht ... einzigartig, sondern es gibt ganz viele <u>ähnliche</u> ; oder <u>andere</u> Eltern haben andere Probleme; gut, dass ich das Problem nicht <u>habe</u> , dafür habe ich <u>das</u> . Ja(?); dass sie merken, es gibt noch <u>Schlimmeres</u> ; es gibt Probleme, die sind auf einer <u>anderen</u> Strecke gelagert, da hat mein Kind, zum Glück ... ist es da <u>gut</u> ." "Mit anderen Eltern, die erfahren denn noch so einiges und sind denn manchmal auch ganz froh, dass sie also <u>weniger</u> Trubel haben [...] <u>Tut</u> ihnen zwar immer <u>leid</u> , wenn sie das aussprechen, aber eigentlich sind sie da immer ganz froh drum." "Dann hat die andere halt 'nen Herzfehler, oder der andere hat 'ne cerebrale <u>Fehl</u> bildung, wo die dann auch denken: 'Na ja, zum Glück hat meins nicht cerebrale <u>Fehl</u> bildung oder ne(?)"	(S) Eltern (Probleme, Belastung) (S) Kind (Gesundheits- zustand)	positiver

Neubewertung: Zur Beeinflussung elterlicher Bewertungen (und damit auch elterlichen Befindens) wurden insbesondere Methoden zur Lenkung elterlicher Aufmerksamkeit genannt (vgl. Abschnitt 7.5.1). Hierzu zählt auch die gezielte Bereitstellung beziehungsweise Nutzung ausgewählter, als geeignet bewerteter Ist- und Soll-Informationen. Diese aus professioneller Perspektive als "Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung" zu bezeichnenden Methoden können Hinweise auf für geeignet bewertete Formen von Vergleichen beinhalten.

Tabelle 60: Neubeschreibung / Neubewertung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern), Beispiele
"Ja, wer setzt sich schon im vorab gerne mit was Negativem auseinander? Macht ja keiner. Das ist ja, denke ich mal, so ein gewisser Selbstschutz, den man da einfach aufbaut."
"Obwohl es so 'ne schwierige Situation ist, und dieses .. Negative, was man auch oftmals liest, dass eben die Überlebenschancen und die Komplikationen, das wird eigentlich wirklich so absolut nach hinten gestellt, darüber wird gar nicht gesprochen... Weil diese Angst hat ja ähnlich jeder für sich selbst tief in sich drin, und das muss hier nicht zur Tagesordnung werden, das will niemand hören. Weil jeder ... positiv da an die Sache rangeht, und das find' ich sehr gut."

Textsegment (Professionelle), Beispiel
<p>"Oft merkt man ja, dass die Eltern nur das Positive behalten, ja. Dass negative Dinge oft, ja, über<u>hört</u> werden... einfach. Die werden einfach nicht, äh, <u>wahrgenommen</u>. Das erfährt man auch immer wieder, wenn man dann fragt: 'Na, ich hab Ihnen doch vor zwei Tagen schon mal darüber..' - 'Ach so(?), ja(?)' Das gibt, bei manchen ist das mehr, bei manchen weniger. Eher haben die <u>Mütter</u> insbesondere den Hang dazu, das <u>Positive</u> rauszuhören. Was auch <u>okay</u> ist, ja(?), ist auch so ein <u>Schutzmechanismus</u>."</p>
Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung (Professionelle), Beispiele
<p>"Also ich finde es ja selber <u>auch</u>, dass Frühgeborene ganz spannende Geschöpfe sind, und das erzähle ich den Eltern dann auch mal. Dass die nicht irgendwie im <u>Bett</u> liegen und <u>schlafen</u> oder <u>schreien</u> und <u>essen</u> und wieder <u>schlafen</u>, sondern dass die ganz <u>mobil</u> sind, sich ganz viel <u>bewegen</u>, dass die ganz viele Falten haben, und dass man die stundenlang <u>beobachten</u> kann, und dass das irgendwie eine ganz spannende Sache sein kann."</p>
<p>"Dass man wirklich sagt: 'Versuchen Sie mal, sich die ganzen Schläuche <u>weg</u>zudenken, gucken Sie mal, was Sie für ein hübsches Baby haben.'"</p>
<p>"Aber es sollte nicht in den ersten Lebenstagen eben schon ganz viel recherchiert werden. Also, das weiß ich aus den <u>Arztgesprächen</u>, dass die bei so spezifischen Krankheitsbildern auch <u>davor</u> immer warnen. Dass sie sagen: 'Wir gucken jetzt erstmal, wie sich <u>Ihr</u> Kind <u>persönlich</u> entwickelt, und dann muss man es immer <u>da</u> abholen, wo es <u>ist</u>, und dann suchen wir mal <u>vergleichbare</u> Fälle.'"</p>
<p>"Wenn schon alles ganz . ganz ähm schlecht ist an . an Informationen, an Zustandsbeschreibungen zum <u>Beispiel</u>, die müssen aber irgendwie <u>überleben</u>, die brauchen irgendetwas, woran die sich <u>festhalten</u> können, die Eltern." "Und wenn man sich immer nur an der schlechten Prognose hochhält, entlang hangelt, dann wird es eben sehr belastend für alle. Ich weiß, es klingt leicht zu sagen: 'Lebe bewusst und genieße den Moment.' Das gelingt mir auch nicht immer, aber die Eltern immer wieder darin bestärken, wie schön, wie gut es dem Kind jetzt im Moment geht. Und selbst, wenn es im Moment nicht so gut geht: Es hat die letzte Krise auch gemeistert. Wir gucken mal, wie es diesmal wird."</p>
<p>"Auch <u>das</u> gehört dazu [...], diese Situation auch positiv darzustellen, dass es ja auch was Schönes ist, wenn man das Kind frühzeitig zu Hause hat und nicht <u>nur</u> eine Angst oder Belastung darstellen kann oder soll."</p>

Auch für elterliche Bedarfsbegründungen spielten zusätzlich quantitative Bewertungsaspekte eine entscheidende Rolle. Vor allem größere negative Bewertungen festgestellter Ist-Soll-Diskrepanzen sind mit negativerem Befinden und deutlicheren Veränderungswünschen verknüpft.

Diskussion (Eltern):

Die Relevanz von Bewertungen für die Auswirkung (kritischer Lebens-)Ereignisse betont Montada wie folgt: "Entscheidend sind nicht die Ereignisse und ihre objektiven Folgen, sondern die subjektiven Bewertungen der erlittenen Verluste, der Probleme und der wahrgenommenen Gewinne." (2002: 45).

Situationseinschätzungen fasst Lazarus als Primärbewertung ("primary appraisal") zusammen (nach Knoll et al. 2005: 99f); negative Bewertungen bezeichnet er als stressreiche Bewertungen (Lazarus 1995: 212). Zugrunde liegende Vergleiche thematisiert der Autor nicht explizit. Intertemporal-retrospektive Vergleiche wären jedoch Voraussetzung für eine Bewertung der Situation als eingetretene Verbesserung oder Verschlechterung. Bei genauer Betrachtung würde die (nach Lazarus) stressrei-

che Bewertung "Schädigung/Verlust" nicht nur retrospektive, sondern auch prospektive Bewertungen voraussetzen (Abschnitt 7.5.6), da eine Verschlechterung (noch) nicht mit einem Verlust gleichzusetzen ist. Eine stärkere Bezugnahme auf temporale Aspekte würde zudem die inhaltlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Bewertungen "eingetretener Verlust" ("Schädigung/Verlust" nach Lazarus) und "drohender Verlust" ("Bedrohung" nach Lazarus) verdeutlichen (vgl. Abschnitt 7.5.6). Eine Bezugnahme auf die von Lazarus (1995: 212) ebenfalls unter "primäre Einschätzung" gefassten Konzepte "Bedrohung" und "Herausforderung" erfolgt erst in den Abschnitten 7.5.5 und 7.5.6, da hierfür prospektive Beschreibungen und Bewertungen nötig sind. Eine Unterscheidung zwischen "Bedrohung" und "Herausforderung" kann zudem nur unter Berücksichtigung von Bewertungen erfolgen, welche neben der Situation auch die der Person verfügbaren Ressourcen betreffen. Lazarus selbst hebt die gegenseitige Abhängigkeit primärer und sekundärer Einschätzungen hervor (1995: 215).

Sowohl Bewertungen persönlicher und sozialer Ressourcen (vgl. Abschnitt 2.4.3) als auch die Entscheidung, "was zu tun ist", fasst Lazarus unter dem Begriff sekundäre Einschätzung ("secondary appraisal") zusammen. Es handelt sich um eine "Fülle komplexer Einschätzungsprozesse" (Lazarus 1995: 214) beziehungsweise die Einschätzung der "Bewältigbarkeit" (Reisenzein et al. 2003: 69). Zu deren inhaltlicher Differenzierung verweist Lazarus auf frühere Arbeiten (1995: 215). Dort wird die Thematik anhand einzelner Beispiele veranschaulicht, welche überwiegend prospektiv ausgerichtete Kognitionen zu Ressourcen und Optionen beinhalten (vgl. Lazarus/Launier 1978: 305ff). Deren Systematisierung bleibt jedoch unvollständig.

Systematischere Beschreibungen auf die eigene Person bezogener Bewertungen finden sich unter dem Konzept der Selbstbewertung oder Selbsteinschätzung. In der bereits 1954 von Festinger aufgestellten Theorie sozialer Vergleichsprozesse wird das Bedürfnis beziehungsweise Motiv postuliert, eigene Meinungen und Fähigkeiten zu vergleichen und zu bewerten (Frey et al. 1993: 86ff). Referenzrahmen-theorien zufolge entsteht die Selbstbewertung (dort: leistungsbezogene Selbsteinschätzung) vor allem über das Zusammenwirken sozialer und dimensionaler Vergleiche und hängt im Falle sozialer Vergleiche zusätzlich von der jeweils verwendeten Vergleichsgruppe ab (Dickhäuser 2006: 6). Die in der vorliegenden Schrift gewählte, präzisere Benennung sozialer als interpersonale und dimensionaler als interdimensionale Vergleiche offenbart, dass Dickhäuser ausschließlich intratemporal-vergleichende Selbstbewertungen beschreibt. Intertemporal-vergleichende Bewertungen sind jedoch in Form der individuellen Bezugsnorm (unter Auslassung interdimensional vergleichender Bewertungen) im Konzept der Bezugsnormorientierung (Dickhäuser/Rheinberg 2003: 41f) enthalten. Sie werden dort unter Verweis auf Albert (1977) als temporale Vergleiche bezeichnet und lediglich für die retrospektive Blickrichtung beschrieben. Eine terminologische Präzisierung würde eine weitere inhaltliche Differenzierung ermöglichen und zugleich zeigen, dass sich Vergleiche anhand mehrerer Dimensionen charakterisieren lassen. Frey und Kollegen (1993: 105) ziehen zumindest in Erwägung, dass an temporalen Vergleichsprozessen auch soziale Vergleiche beteiligt sein könnten. Dass Bewertungen jedoch grundsätzlich eine Bezugnahme auf Soll-Werte (Kriterien) und damit auf eine kriteriale/sachliche Bezugsnorm oder Idealnorm (Dickhäuser/Rheinberg 2003: 42; Rheinberg 2006: 56) voraussetzen, wird in

vielen Konzepten nicht explizit erwähnt. Auf die von Dickhäuser und Rheinberg (2003: 53) geforderte Differenzierung zwischen Beschreibung und Bewertung wurde bereits hingewiesen (vgl. TP 1).

Weiterhin können Bezüge zu kognitiv ausgerichteten Emotionstheorien hergestellt werden, in denen Bewertungsprozesse als Grundlage für die Entstehung von Emotionen gelten (vgl. Reisenzein et al. 2003: 136). Da Ist-Sollte-Vergleiche zwischen zuvor gesetztem (Teil-)Ziel und erreichtem "Ergebnis" erfolgen, wären die diese Bewertungen begleitenden Emotionen nach Weiner als ergebnisabhängige Emotionen zu bezeichnen (vgl. Reisenzein et al. 2003: 104). Aus Ist-Sollte-Vergleichen würden nach Ortony und Mitarbeitern am ehesten die Emotionen der Erwartungsbestätigung und der Erwartungsentkräftung resultieren (vgl. Reisenzein et al. 2003: 143ff). Diese Theoriebezüge können genutzt werden, um das elterliche Erleben bei Frühgeburt systematischer zu beschreiben und zu begründen.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass Bewertungsprozesse nicht notwendigerweise an das Bewusstsein gebunden sind: Lazarus und Weiner unterscheiden zwischen bewussten und unbewussten Prozessen der Einschätzung beziehungsweise Emotionsentstehung (Lazarus 1995: 214; Reisenzein et al. 2003: 104). Auch Greve (1997a: 21) weist darauf hin, dass einem Bedrohungs- oder Belastungsempfinden nicht immer eine bewusste Wahrnehmung zugrunde liegen muss. Im Hinblick auf Bedürfnisse wurde diese Thematik unter dem Begriff "präattentiv" bereits im Abschnitt 2.7.1.4 erwähnt. Krapp, der sich mit grundlegenden psychologischen Bedürfnissen beschäftigt, geht von einem subbewusst agierenden Antriebs- und Steuerungssystem aus und nimmt an, dass Teile der "erforderlichen Informationsverarbeitungsprozesse weitgehend autonom, d.h. ohne bewusst-kognitive Kontrollen des reflexiven Bewusstseins ablaufen" (2005: 634). Als Ausdruck dieses Systems sei das Wohlbefinden zu verstehen. "Wohlergehenemotionen" nach Ortony und Kollegen werden von Reisenzein und Mitarbeitern (2003: 168f) ebenfalls den "ergebnisabhängigen" Emotionen nach Weiner zugeordnet.

Zur Beeinflussung elterlicher Bewertungsprozesse durch professionelle Unterstützungsformen ist anzumerken, dass die unterschiedliche Rolle individueller, sozialer und kriterialer Bezugsnormen für den Motivationsprozess beim Kompetenzerwerb beispielsweise von Brunstein und Heckhausen diskutiert wurde (2006: 182f). Diese Arbeiten können herangezogen werden, um die Auswahl professioneller Unterstützungsformen zu begründen.

Diskussion (übergreifend):

Absolute und relative Bewertungen wären nach Jungermann und Kollegen (2005: 48) als evaluative und präferenzielle Bewertungen zu bezeichnen. Die auf Ist-Sollte-Vergleichen beruhenden und in der vorliegenden Schrift als erwartungsvergleichende Bewertungen bezeichneten Prozesse wurden in ähnlicher Weise auch von Achtziger und Gollwitzer für die "postaktionale Handlungsphase" des Rubikon-Modells beschrieben (2006): Durch Vergleiche zwischen intendiertem und erzieltm Handlungsergebnis wird die aktuelle Situation bewertet.

Ist-Soll-Vergleiche spielen nicht nur in sequenziellen, sondern insbesondere in hierarchischen handlungstheoretischen Modellen aufgrund der in diesen enthaltenen Kontroll- oder Rückmeldeannahme eine zentrale Rolle. Schneider/Schmalt (2000: 97ff) unterstreichen die Notwendigkeit und zugleich Schwierigkeit, sequenzielle und hierarchische Ansätze in einem einheitlichen theoretischen Rahmen zu integrieren. Da in dem im Abschnitt 7.5 vorgestellten Prozessmodell sowohl sequenzielle als auch hierarchische Strukturen berücksichtigt werden, liefert dieses Modell Anhaltspunkte für die weitere Theorieentwicklung.

Ist-Soll-Vergleiche und die aus ihnen gegebenenfalls resultierenden Bewertungen stellen offensichtlich zentrale Elemente sowohl für die Bedarfs- als auch für die Bedürfnisentstehung dar. Der im Abschnitt 2.7.1 genannte Hinweis von Bradshaw (1972) auf die Abhängigkeit des festgestellten Bedarfs vom jeweils angelegten Maßstab (Relativität) wird damit auch für die Feststellung von Unterstützungswünschen (-bedürfnissen) relevant. Die vorgestellten Parallelen ermöglichen die (Wieder-)Herstellung theoretischer Verbindungslinien zwischen Bedarfs- und Bedürfniskonzepten. Die Feststellung negativ bewerteter Ist-Soll-Diskrepanzen kann als eine wesentliche Voraussetzung sowohl für die professionelle als auch für die elterliche Bedarfsfeststellung angesehen werden. Im Bereich der Krankenversorgung (Behandlungsbedarf) würde dies der Feststellung einer Störung (vgl. Abschnitt 2.7.1.3) entsprechen.

7.5.3 Retrospektive Kausalbeschreibungen (TP 3)

Zur Bedarfsbegründung wurde weiterhin auf Ursachenbeschreibungen verwiesen (TP 3). Diese kausalen Beschreibungen (Erklärungen) beinhalten im Gegensatz zu den auf Zustände und deren Merkmale bezogenen Beschreibungen (TP 1) und Bewertungen (TP 2) deutlichere Prozessbezüge und sind im Gegensatz zu den unter TP 5 erläuterten Kausalbeschreibungen retrospektiv ausgerichtet. Insbesondere bei Feststellung (negativ bewerteter) Ist-Sollte-Diskrepanzen (TP 2) werden Ursachen für den Eintritt des aktuellen Zustands gesucht (Ursachensuche³¹). Unter Nutzung verfügbarer Informationen³² aus internen Quellen (insbesondere Kausalwissen) und/oder externen Quellen werden Ursachenerklärungen "gefunden" (Ursachenzuschreibung). Diese beschreiben verschiedene Zustandsmerkmale (S, P) rückblickend als relevante externe oder interne Einflussfaktoren (F) für das Entstehen des aktuellen Zustands und tragen damit zum "Verstehen" des aktuellen Zustands bei. Unter Nutzung aktualisierter Ist-Informationen werden Neubeschreibungen vorgenommen.

Professionelle:

Die von den professionellen Gesprächspartner(inne)n angegebene Ursachensuche bezog sich im Rahmen der Bedarfsbegründung auf verschiedene Zustandsmerkmale, insbesondere aber auf Merkmale elterlichen Erlebens und Verhaltens (z.B. Befindens, Besuchsverhaltens). Als interne Informationsquelle wird vor allem aus Fach- und Erfahrungswissen stammendes Kausalwissen (sowie entsprechende Annahmen und Überzeugungen) genutzt. Einige Beispiele für die Ursachensuche und -zuschreibung unter Nutzung externer und interner Informationsquellen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 61: Ursachensuche und -zuschreibung (Professionelle), Beispiele

Textsegmente	Merkmal	Quellen
"Es gibt auch die Situationen, dass Eltern den Krankheitsgrad ihres Kindes oder die Gefährdung des Kindes nicht adäquat einschätzen. Sei es, weil sie manchmal vielleicht <u>doch</u> einfacher sind als wir glauben, sei es, weil sie es nicht sehen <u>wollen</u> , ... sei es, weil sie es wirklich nicht <u>erkennen</u> ."	(S) Eltern (Bewertungen)	i: Erfahrungen / Wissen
"Man muss da eben auch 'n bisschen vorsichtig sein, bevor man da irgend so ein Vorurteil gleich d'raus generiert: 'Die kommen ja nicht oder die kümmern sich nicht.' oder so [...] <u>Da</u> muss man sich dann einfach wieder die Zeit nehmen, muss das ansprechen, muss sagen, möglicherweise: 'Mensch, wir sehen Sie so selten, was ist denn der Grund dafür, kann man Ihnen da irgendwie helfen?' "	(S) Eltern (Besuchsfrequenz)	e: Gespräch i: Erfahrungen / Wissen
"Dann gibt es natürlich auch Väter, die ganz <u>selten</u> kommen. Das kann natürlich auch <u>Ursachen</u> haben, dass sie einfach irgendwie viel <u>arbeiten</u> müssen und <u>nicht</u> so kommen können."		

³¹ Diese ist in den Gesprächsprotokollen unter anderem an der Frage "Warum?" erkennbar.

³² Methoden der Informationssammlung wurden unter TP 1 erläutert.

"Also ich denke, dass ich das dann auch merke, wenn dann so <u>gar</u> nichts kommt von den Eltern, dass das eher so ein bisschen die <u>passiven</u> sind, die sich nicht <u>trauen</u> ."	(S) Eltern (Passivität)	i: Vermutung / Überzeugung
"Wenn Eltern 'ne Hilfestellung <u>ablehnen</u> , ja dann muss ich mir doch Gedanken darüber machen, <u>warum</u> sie das ablehnen. Ich würde das fast immer begründen, dass es <u>temporär</u> begründet ist."	(S) Eltern (Ablehnung)	i: Erfahrung / Wissen
"In vielen Fällen ist irgendwie, warum auch immer, das <u>Kinderzimmer</u> noch nicht fertig, oder dies und jenes noch nicht <u>da</u> , obwohl nicht nur die Schwangerschaft, sondern die Tatsache an <u>sich</u> , dass eben <u>Kinder</u> oder ein Kind kommt, lange <u>bekannt</u> ist. [...] Und ich denke, es ist nur ein Grund für viele Eltern, da noch mal was vorzuschieben, dass man dis jetzt selber noch nicht gänzlich <u>übernehmen</u> will."	(S) Eltern (Vorbereitetheit)	i: Annahme / Wissen

Neubeschreibungen beziehen sich nicht nur (wie unter TP 1 und TP 2) auf aktuelle Zustände, sondern auch auf deren Entstehung. Einige Gesprächspartner(innen) verdeutlichten, dass Ursachen auch von ihnen nicht immer zu "finden" sind.

Tabelle 62: Neubeschreibung (Ursache), Professionelle, Beispiel

Textsegment (Professionelle)
"Warum auch immer diese Kinder in der 24. Woche <u>geboren</u> werden, also man muss sich ja auch mal darüber 'nen Kopf machen, warum <u>werden</u> Kinder in der 24. Woche geboren(?). Normalerweise würde man denken, irgendwie: 'Mutter Natur hat sich dabei was gedacht.' Und <u>wir</u> sind diejenigen, die diese Kinder <u>auffangen</u> , und warum auch <u>immer</u> wir diese Kinder auffangen. Wir <u>wissen</u> es ja nicht, vielleicht erfahren wir das 14 Tage <u>später</u> , vielleicht wissen wir ... vielleicht hat die Mutter einfach nur 'ne Infektion gehabt."
"Es kommt 'ne Mutter und die ist halt immer, weiß ich nicht, so kurz <u>angebunden</u> oder keine Ahnung - versuche, ein <u>Gespräch</u> zu führen, und trotzdem führt da irgendwie aber kein Weg rein, und dann kommt aber irgendwann die Kollegin zu mir und sagt irgendwie: 'Mensch, die hat 'nen kranken <u>Mann</u> zuhause.' oder so, wo ich ja dann viele Sachen viel besser <u>verstehen</u> , aber woher soll ich es denn <u>wissen</u> (?)."

Diskussion (Professionelle):

Die hier aufgeführten Teil-Begründungen für den elterlichen Unterstützungsbedarf lassen erneut enge Bezüge zum Vorgehen im Rahmen der Diagnostik erkennen: Auch diese befasst sich unter anderem mit der Gewinnung von Informationen über ursächliche Bedingungen (vgl. Fisseni 2004: 4). Auf der "Makroebene" würden der hier vorgestellten Thematik die Themen der erklärenden Versorgungsfor-

Eltern:

Die Ursachensuche der befragten Eltern richtete sich sowohl auf Merkmale der eigenen Person als auch auf Merkmale anderer Personen (Kind, Klinikpersonal) und weiterer situativer Gegebenheiten. Eltern können im Vergleich zu Professionellen weniger auf fachspezifisches Kausalwissen (interne

Quelle) zurückgreifen und führen daher eine gezielte Suche nach Erklärungen unter Nutzung externer Quellen durch. Der elterliche Wunsch, Erklärungen zu erhalten, wurde bereits in den Abschnitten 7.2 und 7.3 als Bedarfsart benannt und wird anhand der hier aufgeführten Textsegmente zusätzlich veranschaulicht. Elterliche Informationssammlungen ermöglichen nicht nur Kausalbeschreibungen, sondern führen auch zur Aneignung spezifischeren Wissens, welches als elterliche Ressource (vgl. Abschnitt 2.4) beispielsweise in Form von Norm- und Kausalwissen für künftige Erklärungen, Erwartungen und Bewertungen genutzt werden kann.

Tabelle 63: Ursachensuche und -zuschreibung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)		
<p>"Ich hab <u>immer</u> die Frage, <u>warum</u> [<i>lacht</i>]. Also ich bin da manchmal noch ein Kind, äh, wieso, weshalb, warum. Ich muss das jetzt wissen, und wenn jemand sagt, das <u>brauchst</u> Du nicht wissen, das sollst Du einfach mal <u>machen</u>, dann ist das für mich: <u>Nö</u>, denn <u>mach</u> ich's nicht."</p>		
Textsegment (Professionelle)		
<p>"Und was <u>viele</u> Eltern auch wollen, die wollen nicht nur: 'Bitte machen Sie das jetzt so und so.', sondern mit 'ner <u>Erklärung</u>: '<u>Warum</u> muss mein Kind jetzt auf der linken Seite liegen?'"</p> <p>"Ich kann Eltern gut verstehen, die mich <u>bombardieren</u>, die einfach so .. <u>jedes Detail</u> erklärt bekommen <u>wollen</u>, weil das einfach für sie ganz wichtig ist, das zu verstehen."</p>		
Textsegment (Eltern)	Merkmal	Quellen
"Als es denn <u>doch</u> eintraf, dass es so <u>kam</u> , ja, also dann steht man dann <u>schon</u> da und denkt sich so: 'Hallo, warum <u>ich</u> ? Wieso <u>ich</u> ?! Und ich bin jetzt die <u>einzigste</u> auf der Welt, der das so geht oder so.'"	(P) Selbst (Frühgeburt)	i: Selbst-reflexion
"Und denn habe ich gelegen und geweint, ich habe gesagt, ich verstehe das nicht, die hat auch Kaiserschnitt, die hat <u>gegessen</u> , <u>uffgestanden</u> , <u>du-schen</u> , <u>Kind</u> versorgt, <u>gestillt</u> , und ich lag <u>da</u> , wie in <u>Ketten</u> gelegt [<i>lacht</i>], konnte <u>nischt</u> ."	(P) Selbst (Selbständigkeit)	i: Selbst-reflexion
"Deswegen tu ich das auch <u>ab</u> , weil ich das <u>erklären</u> kann für mich. Ich hatte <u>gefragt</u> : 'Mensch, stört <u>Sie</u> das nicht mit der Klingel, wenn hier, was weiß <u>ich</u> , zehn Elternpaare zu unterschiedlichen Zeiten drei, vier Mal am Tag kommen(?) [...] Ich hab da <u>nachgefragt</u> , um das zu <u>verstehen</u> , warum das so ist.'"	(S) Situation (Türklingel)	e: Fragen
<p>"Wenn ich irgendwelche Fragen habe, zum Beispiel jetze ist ja die Kleene wieder <u>abgekommen</u>, vorher war sie ja an ein anderes Gerät dranne, und da haben wir auch erst mal nachgefragt, wozu überhaupt."</p> <p>"Das wäre dann schon für mich <u>auch</u> wichtig, dass man wirklich hier auch mal zur Ruhe kommt, und einer was vernünftig erklärt, wo die Monitore <u>doch oft</u> wechseln [...] mittlerweile ist das schon der <u>dritte</u> Monitor, den wir haben."</p> <p>"...dass wirklich dann auch ein Arzt kommt und ordentlich erklärt, dass man dann auch so auf der sicheren Seite so ein bisschen auch steht. Nicht nur einfach irgendwas daher erzählt, ja, so <u>ist</u> das jetzt, der sollte dann auch schon drumrum erklären, warum, wieso und weshalb."</p>	<p>(S) Professionelle</p> <p>(Versorgungsent-scheidungen)</p>	<p>e: Fragen</p> <p>e: Zuhören</p>

Textsegment (Eltern)	Merkmal	Zu- schreibung
"Ich war ja jetzt schon ein bisschen <u>abgehärtet</u> , sozusagen, weil's immer wieder Untersuchungen gab."	(P) Selbst (Erfahrung)	extern (S)
"Viele Eltern haben das alles <u>hingekriegt</u> , aber wir haben das noch nicht hingekriegt mit den ganzen <u>Anträgen</u> und so, weil das für mich jetzt viel zu <u>stressig</u> war, auch in der Zeit, wo wir zu <u>Hause</u> waren, und immer hierher gefahren sind, also da war es <u>wirklich</u> immer so: <u>Abpumpen</u> und schnell <u>frühstücken</u> , und fertig machen, und vielleicht noch 'ne <u>Waschmaschine</u> an und denn ins Krankenhaus, ja, und denn abends noch mal schnell einkaufen, und dann war man auch <u>fertig</u> ."	(P) Selbst (Aufgaben- bewältigung)	extern (S) (An- forderungen) intern (P) (Ressourcen)

Neubeschreibung: Auch die professionellen Gesprächspartner(innen) wiesen auf den elterlichen Bedarf an Erklärungen hin. Dieser Bedarf wurde im Abschnitt 7.3.2 der Kategorie Informationsbedarf zugeordnet. Die zugehörige Unterstützungsform könnte erneut unter die abstraktere Kategorie "Beschreibungsunterstützung" gefasst werden und wurde bereits anhand einiger Textbeispiele veranschaulicht.

Tabelle 64: Neubeschreibungen (Erklärungen), Beispiele

Textsegment (Professionelle Sicht)
"Eltern brauchen also gerade zum Anfang ... die haben <u>unglaublich</u> viel Redebedarf, also zum, ganz zum Anfang natürlich <u>ganz</u> viel, was die <u>Kabel</u> sind, was dieses <u>ganze</u> Drumherum, was an diesem Kind ... dass man das denen <u>ganz</u> oft immer <u>wieder</u> auch erklären muss, welcher, am Monitor, welcher Ausschlag für <u>was</u> ist, also welche Anzeichen für was jetzt irgendwie gerade wichtig sind und halt, was diese ganzen <u>Kabel</u> hier an diesen Kindern sind, die <u>Beatmung</u> ... Dass man den Eltern immer wieder auch 'ne Beatmung erklären muss. Das ist ganz, glaube so in erster Linie irgendwie zum Anfang ganz wichtig, was ist mit diesem Kind passiert und was an diesem Kind irgendwie dran ist."
"Und wenn man dann immer wieder berücksichtigt, die Frau hat es noch nie gesehen, ich mach jetzt noch einen erklärenden <u>Satz</u> , dann muss sie nicht acht Stunden Angst haben."

Diskussion (Eltern):

Obwohl die von Lazarus als Einschätzungen ("appraisal") bezeichneten Kognitionen bei genauer Analyse auch eine Zeitperspektive beinhalten, greift Lazarus Aspekte der Ursachensuche und -zuschreibung nicht explizit auf (vgl. auch Reisenzein 2003: 93). Von Affleck und Kollegen (1991: 60ff) wurde "search for causes" jedoch als eine elterliche Bewältigungsstrategie im Untersuchungsfeld beschrieben. Die Autoren bezogen sich vornehmlich auf die elterliche Suche nach den Ursachen für die zu frühe Geburt und den kindlichen Gesundheitszustand und erläuterten in differenzierter Form die möglichen Konsequenzen vorgenommener Ursachenzuschreibungen für das elterliche Befinden (vgl. TP 4). Die meisten der von ihnen befragten Mütter waren in der Lage, noch vor dem Entlassungstermin einen oder mehrere Gründe für die Frühgeburt zu finden (1991: 60). Da in anderen Publikationen vor allem die elterliche Informationssammlung (TP 1) als eine zentrale Bewältigungsform beschrieben wurde (vgl. Abschnitt 2.5), kann die Ursachensuche dieser Form auch untergeordnet werden.

Diskussion (übergreifend):

Da Ursachenzuschreibungen zur Bedarfsbegründung genutzt werden und von Kausalüberzeugungen und/oder Kausalwissen abhängen, sind perspektivenabhängig unterschiedliche Bedarfseinschätzungen auch über Unterschiede in der Verfügbarkeit und Bewertung (TP 4) kausalbezogener Informationen erklärbar.

Einigen Autoren zufolge ist die Ursachensuche mit dem Ziel der Gewinnung "retrospektiver Kontrolle" als Form der kognizierten Kontrolle (vgl. Fischer/Wiswede 2002: 76, unter Verweis auf Thompson) oder als Form der sekundären Kontrolle (Frey/Jonas 2002: 16) verknüpft. Sowohl die Annahme eines menschlichen Grundbedürfnisses nach Kontrolle ("Kontrollierbarkeit") als auch das aus einer zugeschriebenen Selbstverantwortlichkeit resultierende Kontrollstreben würden erklären, dass die fehlende Möglichkeit, Ursachen zuzuschreiben ("Nichtkontrollierbarkeit"), negative Selbstbewertungen (vgl. TP 4), die Erwartung einer auch künftigen Nichtkontrollierbarkeit (vgl. TP 5) sowie ein hiermit jeweils verbundenes unangenehmes emotionales Erleben nach sich ziehen kann. "Die Suche nach den Ursachen hat sicherlich die Funktion, die Welt, in der wir leben, kontrollierbar und vorhersagbar zu machen." (Stiensmeier-Pelster/Heckhausen 2006: 366). Ist-Sollte-Diskrepanzen (TP 2) werden beim Eintreten "erwartungswidriger" Zustände festgestellt und signalisieren, dass das vorhandene (kausale) Wissen "keine präzise Vorhersage des Laufs der Dinge erlaubte." (a.a.O.). Dass Kausalerklärungen die Voraussetzung für die Vorhersage und Kontrolle von Ereignissen sind, wurde bereits von Heider 1958 erarbeitet (vgl. Reisenzein et al. 2003: 96). Der Aspekt der Vorhersagbarkeit wird in den Abschnitten 7.5.5 und 7.5.6 separat erläutert.

Ursachenzuschreibungen werden in Fachpublikationen unter der Bezeichnung Kausalattribution thematisiert (vgl. Stiensmeier-Pelster/Heckhausen 2006: 355ff). Nach Weiner erfolgt die Beschreibung auf den Kausaldimensionen Lokation, Stabilität und Kontrollierbarkeit (vgl. Reisenzein et al. 2003: 104ff). Lazarus weist zwar darauf hin, dass Kausalüberzeugungen "Tatsachenüberzeugungen" sind und daher keine Bewertungen enthalten; allerdings differenziert Weiner in seinen jüngeren emotionstheoretischen Arbeiten bereits zwischen den eigentlichen Ursachenzuschreibungen und den nachfolgenden Bewertungen (vgl. Reisenzein et al. 2003: 106f, 127).

7.5.4 Retrospektive Kausalbewertungen (TP 4)

Der vierte Teilprozess umfasst retrospektive ursachenbezogene Bewertungen, welche sich (im vorhandenen Datenmaterial) jedoch nicht auf situative, sondern ausschließlich auf personelle Einflussfaktoren (F) beziehen. Als personelle Einflussfaktoren gelten hier auch Entscheidungen zur Nutzung oder Nicht-Nutzung personeller und/oder situativer Merkmale (Einflussfaktoren/Ressourcen).

Zugeschriebene beziehungsweise übernommene Verantwortung (vgl. Abschnitt 7.5.6) "bindet" die jeweilige Person an beschriebene Soll-Werte, indem sie sie verpflichtet, die ihr verfügbaren Einflussfaktoren (F) für eine Angleichung von Ist- an Soll-Ausprägungsgrade zu nutzen. Soll-Kriterien beinhalten neben den anzustrebenden Merkmalsausprägungsgraden (vgl. Abschnitt 7.5.2) auch normative Vorstellungen zur Nutzung verfügbarer Einflussfaktoren (wie Effizienz und Gerechtigkeit, vgl. Abschnitt 7.5.6).

Zwischen Selbstzuschreibungen und -bewertungen einerseits und Fremdzuschreibungen und -bewertungen andererseits ist zu unterscheiden. Kausalbewertungen fallen positiv, negativ oder neutral aus und können von entsprechendem emotionalem Erleben begleitet sein. Sie tragen außerdem zur Aktualisierung bestehender Bewertungen (Neubewertung) bei.

Professionelle:

Auf die eigene Person bezogene Selbstbewertungen und auf Kolleg(inn)en bezogene Fremdbewertungen sind vor dem Hintergrund insbesondere berufsbedingt übernommener Verantwortung (attribuierter Selbstverantwortung) möglich. Hinsichtlich einer Bewertung von Eltern wurde von mehreren professionellen Gesprächspartner(inne)n betont, dass insbesondere negative Fremdbewertungen mit der eigenen professionellen Rolle nicht vereinbar seien. Textbeispiele zum elterlichen Bedarf an Akzeptanz wurden bereits im Abschnitt 7.3.5 vorgestellt. Die Rolle des Konzepts "Akzeptanz" für die Bedarfsfeststellung wird auch im Abschnitt 7.5.6 erläutert.

Eigenes (begleitendes) emotionales Erleben wurde von den professionellen Gesprächspartner(inne)n kaum berichtet. Da professionelle Kausalbewertungen aufgrund der Form der Datenerhebung oft ohne unmittelbaren Situationsbezug oder explizite Bewertungen formuliert wurden, wird in der folgenden Tabelle auf weiterführende inhaltliche Differenzierungen verzichtet.

Tabelle 65: Kausalbewertungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Selbstbewertung)	Bewertung
"Ich habe das immer wieder im Kopf, wenn ich mit den Vätern, versuche zu sagen, es ist alles in <u>Ordnung</u> , dass das beim <u>letzten</u> Mal irgendwie dann nach <u>hinten</u> losgegangen ist. Weil es einfach ganz <u>anders</u> gelaufen ist, als ich's <u>vermutet</u> habe. Dass ich dann aber das Gefühl habe, dass ich ihnen was <u>Falsches</u> gesagt habe."	negativ

"Es kann ja durchaus sein, dass also entweder a. ich, sprich Schwester, 'ner Fehleinschätzung unterliegt. Kann sein, dass ich die Eltern falsch eingeschätzt habe, kann auch sein, dass die mich dann zurechtschubsen: <u>Nee</u> , soviel <u>Nähe</u> , oder was auch immer, oder die Verbindung zu irgendwem <u>brauchen</u> sie nicht."	negativ
Textsegment (Selbst- und Fremdbewertung: Team)	Bewertung
"Es geht ja immer darum, Dinge nicht zu übersehen. [...] Wenn Fehler passieren, dann ist es meistens nicht so, dass irgendwer was <u>falsch</u> gemacht hat, sondern nicht das Richtige zum richtigen Zeitpunkt."	negativ
Textsegment (Fremdbewertung: Eltern)	
<p>"Dass ich denke, mein Gott, was muss diese alte Frau denn jetzt noch, partout noch mal ein Kind haben wollen. Meine persönliche Wertung, die gehört ja nicht hier hin. Ich kenne die <u>Lebensgeschichte</u> dieser Frau nicht. Ich weiß nicht, was sie bewegt hat oder nicht, also muss ich das grundsätzlich primär akzeptieren, Punkt."</p> <p>"Das heißt ja nicht unbedingt, dass nörgelnde, kritische Eltern .. <u>schlechte</u> Eltern sind, sondern, die verpacken ihre Art und Weise eben <u>so</u>, dass sie eben <u>alles</u> in <u>Frage</u> stellen. Und wenn ich Creme benutze, und die andere Schwester aber <u>nicht</u> die Creme benutzt, dann ist das schon einfach <u>fatal</u> für manche Leute, oder für manche Eltern."</p> <p>"Da gab es also lange Zeit immer wieder das Problem, dass die Mutter <u>angeblich</u> nicht ausreichend kam. Aber die <u>konnte</u> das zum Teil eben auch gar nicht, und von daher .. das bedarf einer wirklich guten Abwägung; man sollte sich da tunlichst zurückhalten, da gleich von Anfang an irgendwelche Schubladen aufzumachen, wo man die Leute dann reinsteckt."</p> <p>"Ich habe hier Situationen gehabt mit Eltern, [...] wo man auch wirklich dachte: Oje, da steht ja jemand <u>lange</u> und <u>völlig</u> neben der Spur! Und mit dem ganzen Hintergrund, was da war denn auch, passt es sicherlich häufig [...] Und wenn man sie ein Jahr oder zwei Jahre später sieht, ist es <u>unglaublich</u>, wie sich die Menschen verändert haben wieder, und wie sie wahrscheinlich ganz normal sind. Wie lebensstüchtig und wie lebensfreudig auch wieder, und das ist denn .., da sieht man denn schon deutlich, dass man da niemanden <u>abstempeln</u> darf ... in der Situation."</p>	

Neubewertung: Professionelle Neubewertungen entstehen auf der Grundlage zusätzlicher Informationen. Da entsprechende Textbeispiele bereits aufgeführt wurden, wird nachfolgend veranschaulicht, dass nicht nur von professioneller³³, sondern auch von elterlicher Seite über Strategien zur Beeinflussung von Fremdbewertungen berichtet wird:

Tabelle 66: Neubewertung (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Eltern)
(<i>Ultraschall-Diagnostik:</i>) "...wo dann die Ärzte auch gesagt haben: ' <u>Und</u> , wollen Sie heute Ihr Kind <u>sehen</u> oder <u>nicht</u> ?', wo sie auch schon meinte, sie hatte das Gefühl, sie ist schon eine schlechte <u>Mutter</u> , wenn sie sagt: 'Nee, eigentlich, ich hab's ja erst vor 'ner <u>Woche</u> gesehen.', sozusagen, aber ich glaub', wenn man's <u>angeboten</u> kriegt, dann <u>nimmt</u> man es."
"Sie [<i>Mutter</i>] denkt einfach, wenn sie jetzt so mit der Wahrheit in... <u>reingefallen</u> wär', denn hätte sie gesagt, ja, denn könnte man denken, wir sind <u>Rabeneltern</u> oder sie wär' 'ne <u>Rabenmutter</u> . Also, sie kann es <u>überhaupt</u> nicht leiden, wenn man über ihr irgendwie <u>negativ</u> denkt. Und ... da hat sie denn eben das <u>nicht</u> gesagt."

³³ siehe "Bewertungsunterstützung" (z.B. Tabellen 60 und 69)

Diskussion (Professionelle):

Neben der berufsbedingten Verantwortung stellt auch die soziale Verantwortung eine Norm dar, welche "besagt, dass Menschen anderen Menschen, die von ihrer Hilfe abhängig sind, helfen sollten" (Bierhoff 2002: 338). Für soziale Unterstützung in Form informeller Hilfen erwähnt Röhrle (1994: 124), dass von der Attribution von Verantwortung sowie den damit verbundenen sozial-normierten Regeln abhängt, welche Unterstützungsformen angeboten werden. Zwar handelt es sich im neonatologischen Untersuchungsfeld eher um formelle als um informelle Hilfen (vgl. Tab. 3), doch wird die Zuweisung von Verantwortung in gleicher Weise als elementare Voraussetzung für die Feststellung professionellen Hilfe- beziehungsweise Unterstützungsbedarfs beschrieben.

Dass auf Eltern bezogene (negative) Fremdbewertungen von den professionellen Gesprächspartner(inne)n nicht berichtet wurden, ist offensichtlich im professionellen Selbstverständnis (Akzeptanzbedarf, vgl. Abschnitt 7.3.5) begründet. Auch im Konzept der Diagnostik sind zwar ursachenbezogene Beschreibungen, welche dem Verstehen dienen, nicht aber ursachenbezogene Bewertungen enthalten. Die Diskussion wird an späterer Stelle fortgesetzt.

Eltern:

Auf die eigene Person bezogene Kausalbewertungen wurden in den Gesprächen nur vereinzelt, Fremdbewertungen hingegen häufiger und differenzierter geäußert. Letztere bezogen sich beispielsweise auf eigene Kinder, auf Mitglieder des Familien- und Freundeskreises oder auf Angehörige der beteiligten Berufsgruppen. Auch das begleitende emotionale Erleben wurde thematisiert (vgl. Abschnitt 2.3).

Tabelle 67: Kausalbewertungen (Eltern), Beispiele

Textsegment (Fremdbewertung)	Bewertung	Erleben
"Und, ganz ehrlich gesagt, fühle ich mich, oder, wie soll ich es <u>anders</u> sagen, fühlen <u>wir uns</u> ziemlich im <u>Stich</u> gelassen. Wenn es darum geht, um die Unterstützung aus dem privaten Kreis."	negativ	"im Stich gelassen"
"Was halt <u>leider</u> nicht von meiner <u>Frauenärztin</u> gemacht wurde, mit der hatte ich ja auch so ein bisschen Ärger, und .. wo ich denke, das wäre eigentlich <u>ihre</u> Aufgabe so gewesen, einfach zu sagen: 'Sie müssen sich um die und die Sachen <u>kümmern</u> .' "	negativ	Ärger
" <u>Manche</u> Schwestern haben es noch nicht mal geschafft zu sehen, dass das halt ein Junge ist. Ich meine, hier ist ja im Prinzip sein Schild <u>dran</u> , auf der anderen Seite. Da <u>sieht</u> man ja auch, dass das ein blaues Schild ist. Das müssten ja die Schwestern <u>schon</u> erkennen, ziemlich schnell, ne(?) [...] Von 'ner Schwester <u>erwarte</u> ich das eigentlich, dass sie weiß, wenn sie hier <u>reinkommt</u> , wenn sie mein Kind über Nacht betreut, dass sie dann weiß, dass es ein <u>Junge</u> ist und kein <u>Mädchen</u> ."	negativ	Unzufriedenheit

"Und den, den wir jetzt haben, den kleinen Monitor, der zeigt so <u>gar</u> nichts mehr an, da blinkt bloß 'ne Lampe für die <u>Atmung</u> , und der macht auch viel Fehlalarme. Wo mir dann aber auch niemand erklären kann, warum, wieso, weshalb. Und das <u>nervt tierisch</u> !"	negativ	Ärger
"Letztendlich muss man sich auch vor Augen halten, die kümmern sich um unsere <u>Kinder</u> , also die wickeln die rund um die Uhr, die füttern die, passen auf, dass es denen <u>gut</u> geht, die sich gut <u>entwickeln</u> , das <u>ist</u> schon 'ne enorme Leistung, für die man sehr <u>dankbar</u> - also <u>wir</u> sehr <u>dankbar</u> sind."	positiv	Dankbarkeit
Textsegment (Professionelle Sicht)	Bewertung	Erleben
"So 'was brauch' man natürlich auch, was Positives, dass man einfach auch <u>stolz</u> ist, dann zu <u>erzählen</u> , irgendwie, wenn die Kinder eben einen Meilenstein <u>geschafft</u> haben [...], dass das Kind jetzt ein <u>Kilo</u> wiegt, oder dass es jetzt ins <u>Bett</u> gekommen ist."	positiv	Stolz

Nicht nur die elterlichen, sondern auch die professionellen Gesprächspartner(innen) wiesen auf elterliche Selbst- und Fremdbewertungen sowie deren Folgen für das elterliche Befinden hin. Grundlage beispielsweise für negative Kausalbewertungen in Form interner oder externer Schuldzuweisungen ist die "gefundene" Erklärung, dass verfügbare Einflussfaktoren (F) trotz (zugeschriebener) Verantwortlichkeit nicht (ausreichend effektiv) für die Zielerreichung genutzt wurden.

Tabelle 68: Negative Kausalbewertungen (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Die <u>eine</u> Schwester kommt und: ' <u>Ach</u> , dann <u>wissen</u> wir ja, woher er seinen Schnupfen hat. So ungefähr: 'Ja, hat er von <u>Ihnen</u> .' [...] Ich meine, hier waren <u>auch</u> die Schwestern immer mal verschnupft, ich mach da auch keinem 'n <u>Vorwurf</u> d'raus [...], dass ich dann sagen würde: 'Ja, Sie sind <u>schuld</u> .' oder so."
Textsegment (Professionelle)
"Das beobachte ich gerade bei den <u>Risikoschwangeren</u> , die suchen immer nach dem <u>Warum</u> . <u>Warum</u> ist das so passiert [<i>atmet tief durch</i>]. 'Ne <u>Frühgeburt</u> , sagen wir mal, <u>bis</u> zur dreißigsten Woche, wo die Kinder wirklich ganz <u>klein</u> und <u>zerbrechlich</u> für den Laien aussehen, ist halt auch immer noch angstbesetzt, dass man sagt: 'Hm, hätte ich <u>das</u> nicht <u>getan</u> , hätten wir das vielleicht <u>verhindern</u> können.' "
"Also, das haben wir oft, dass Eltern so,... also <u>nicht</u> das <u>Kind</u> ist krank, in <u>sich</u> , <u>weil</u> es jetzt dieses oder jenes hat. <u>Nee</u> (!), <u>der</u> ist schuld oder <u>das</u> ist schuld oder <u>der</u> ist schuld. <u>Oder</u> .. <u>noch</u> schlimmer die Geschichte, wenn die <u>Mütter</u> vor allen Dingen die Schuld bei <u>sich</u> suchen, ... weil sie vielleicht, <u>weiß</u> ich nicht, mal 'n <u>Kaffee</u> zu viel getrunken haben oder wie auch immer."
"Weil <u>gerade jetzt</u> ... der Schmerz im Vordergrund steht, oder das emotional entlastender ist, wenn ich erst mal <u>Schuld</u> (!) zuweise, und der hat Schuld, und der kann jetzt nicht, und ich will jetzt keine andere Hilfe, und noch 'n Seelsorger, was soll der Quatsch."

Neubewertung: Elterliche Kausalbewertungen können unter Nutzung zusätzlicher Informationen aktualisiert werden. Die professionellen Gesprächspartner(innen) berichteten auch hier über ihre Bemühungen, negative elterliche Kausalbewertungen zu verändern und sie beispielsweise in Richtung einer Akzeptanz (vgl. Abschnitte 7.3.5 und 7.5.6) zu beeinflussen (Bewertungsunterstützung).

Tabelle 69: Neubewertung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Professionelle)
<p>"Dieses aus dem <u>Versagensgefühl</u>, ich <u>konnte</u> mein Kind nicht bis zum Ende der Schwangerschaft <u>austragen</u>, und <u>Schuldgefühle</u>, ich bin selber schuld, <u>weil</u>, wir haben vorher noch renoviert, oder ich bin noch <u>arbeiten</u> gegangen, obwohl der Arzt schon signalisiert hat, ich muss <u>vorsichtig</u> sein, ihnen das <u>Gefühl</u> zu geben, das was <u>war</u>, können wir nicht <u>ändern</u>, aber das, was du <u>jetzt</u> tust, das ist <u>wichtig</u> und <u>gut</u>."</p>
<p>"Dass man die <u>Schuldfrage</u> anspricht, das es also keinen Hinweis dafür gibt, dass irgendwer <u>schuld</u> daran sein könnte."</p>
<p>"Es gibt ja auch einfach Eltern, die ganz <u>schwierig</u> sind, und wo man ... die ganz <u>kritisch</u> sind, die einfach <u>unzufrieden</u> sind mit dem, was passiert [...] also wo es auch <u>Streit</u> gibt, und wo es halt auch ganz kritische Gespräche gibt, und wo es halt Vorwürfe gibt, und das sind ja <u>auch</u> Situationen, mit denen wir <u>alle</u> konfrontiert werden. Und Eltern, die halt auch ständig rumzumeckern haben [...] Dann versuche ich da drauf einzugehen oder versuche auch, die Eltern da einfach runterzuholen und zu sagen: 'Wir versuchen unser Best<u>mög</u>liches'."</p>

Diskussion (Eltern):

Die Zuweisung von (persönlicher) Verantwortung dient offensichtlich auch den elterlichen Gesprächspartner(innen) als elementare Grundlage für die Bildung von Kausalbewertungen und damit letztlich die Feststellung eigenen Unterstützungsbedarfs.

In den gesichteten Publikationen zum neonatologischen Praxisfeld wurden elterliche Kausalbewertungen vornehmlich im Hinblick auf Entstehung und Auswirkung negativer elterlicher Selbstbewertungen thematisiert. Als theoretische Anknüpfungspunkte bieten sich Attributions- und Emotionstheorien an: "Schuldgefühle entstehen attributionstheoretisch gesehen, wenn man negative Ereignisse auf durch die eigene Person kontrollierbare Ursachen zurückführt." (Stiensmeier-Pelster/ Heckhausen 2006: 385). In einer von Golish und Powell durchgeführten Befragung gaben vierzig Prozent der Mütter als Eindruck an, sie hätten die zu frühe Geburt wohl selbst aufgrund irgendeiner körperlichen Unzulänglichkeit verursacht (2003: 324). Diese Angaben standen im Zusammenhang mit dem Erleben von Schuld ("guilt"). Die Autorinnen thematisierten mütterliches Schulterleben aber auch im Hinblick auf jeweils aktuelle Entscheidungen: Einige der von ihnen befragten Mütter fühlten sich insbesondere schuldig, weil die mit ihren zu früh geborenen Kindern verbrachte Zeit nicht mehr für das Zusammensein mit dem Partner und den anderen Kindern zur Verfügung stand (vgl. Abschnitt 7.5.6: Verantwortlichkeit, Ressourcenverfügbarkeit und Gerechtigkeit). Folgen negativer Selbstbewertungen für das elterliche Befinden wurden auch von Affleck und Kollegen (1991: 60ff) beschrieben. Zwei Drittel der von ihnen befragten Mütter äußerten ein Schulterleben nach der Geburt (1991: 68). Dass sich zum Entlassungszeitpunkt dennoch keine signifikant erhöhten Belastungswerte fanden, erklärten die Autoren durch Faktoren wie "obtaining 'absolution' from friends and family" und "reminding themselves that they were not at fault". Allerdings stellten sie auch fest, dass Mütter, welche die zu frühe Geburt auf eigene schädliche Gewohnheiten oder ungünstige Verhaltensweisen zurückführten, eine größere Beeinflussbarkeit (Kontrollierbarkeit) künftiger Schwangerschaften erwarteten als Mütter ohne diese Zuweisung. Daher erscheint es möglich, externe und intere elterliche Schuldzuweisungen - unter Rückgriff auf das Konzept

"retrospektive Kontrolle" (Fischer/Wiswede 2002: 76) - auch als Formen elterlicher Bewältigung (vgl. Abschnitt 2.5.1) zu interpretieren.

Aus Kausalattributionen resultierende Selbstbewertungen beschrieb auch Heckhausen in Situationen der Hilfsbedürftigkeit: "Für das Selbstwertgefühl des Hilfsbedürftigen ist es schonender und angenehmer, wenn er die Ursachen seiner Hilfsbedürftigkeit nicht internal attribuieren muß, sondern external attribuieren kann." (1989: 293). Eine internale Kausalattribution könne sich zudem negativ auf die erwogene Inanspruchnahme professioneller Ressourcen auswirken. Bei internaler Ursachenattribution (im Selbsturteil und/oder im angenommenen Fremdurteil) könnte sich der Hilfsbedürftige "so sehr mit eigenen Unzulänglichkeiten konfrontiert sehen, daß er die angebotene, aber unerbetene Hilfe erwünscht." (a.a.O.: 290).

In Bezug auf die in den vorangegangenen Abschnitten mehrfach aufgeführte Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung ist die von Able-Boone und Kollegen für die intensivmedizinische Versorgung wiedergegebene professionelle Äußerung zu zitieren: "It was important to reassure parents that the baby's condition is not the parents' fault and explain to parents why the baby is ill." (1989: 137). Dass professionelle Bewertungsunterstützung darauf zielt, elterliche Selbst- und Fremdbewertungen vorteilhaft zu beeinflussen, wird unter anderem über den elterlichen Bedarf an Selbst- und Fremdvertrauen begründet (vgl. Abschnitt 7.3.9).

Diskussion (übergreifend):

Theoriebezüge sind leicht zu der von Weiner als vierter Einschätzungsschritt klassifizierten Zuschreibung persönlicher Verantwortlichkeit (vgl. Reisenzein et al. 2003: 105f) herstellbar. Diese Zuschreibung beinhaltet eine normative Bewertung und ist Weiner zufolge auch Voraussetzung für das Zustandekommen einiger attributionsabhängiger Emotionen (a.a.O.: 104f). Dennoch wären die im Abschnitt 7.5.4 beschriebenen Bewertungen besser in vorhandene Theorien integrierbar, wenn diese die den Bewertungen zugrunde liegenden Ist-Soll-Vergleiche deutlicher explizieren würden.

Unabhängig davon, ob ein Streben nach Kontrolle auf ein menschliches Grundbedürfnis oder auf eine zugeschriebene Verantwortlichkeit zurückgeführt wird, erklärt es, dass die Beschreibung "nicht genutzte Kontrollmöglichkeit" eine negative Selbst-/Fremdbewertung und ein damit verbundenes unangenehmes emotionales Erleben nach sich ziehen kann (vgl. Abschnitt 2.3). Einige der von Weiner den attributionsabhängigen Emotionen zugeordnete Erlebensformen (wie Hilflosigkeit und Resignation) setzen allerdings prospektive Kognitionen voraus. Auf kognitive und affektive Konsequenzen von Kausalattributionen verweisen auch Stiensmeier-Pelster und Heckhausen. Die von ihnen unter kognitiven Konsequenzen verstandenen "Erwartungen bezüglich zukünftigen Erfolgs (oder Misserfolgs)" (2006: 358) sind ebenfalls eher als prospektive Kognitionen zu klassifizieren. Diese werden hier erst in den Abschnitten 7.5.5 und 7.5.6 aufgeführt.

7.5.5 Prospektive Beschreibungen (TP 5)

Im fünften Teilprozess entstehen Erwartungen, Voraussagen, Vorhersagen, Prognosen beziehungsweise Beschreibungen künftiger Ist-Zustände (im Folgenden der Unterscheidbarkeit wegen "Ist*-Zustände") oder Zustandsmerkmale. Prospektive Kausalbeschreibungen und prospektive Zustandsbeschreibungen wären zu unterscheiden, werden hier aber gemeinsam thematisiert. Es können kurz-, mittel- und/oder langfristig erwartbare Zustände beschrieben werden.

Anmerkung: Aufgrund der nicht prozessbegleitenden Datenerhebung war eine Differenzierung zwischen berichteten Erwartungen und berichteten Erfahrungen im vorhandenen Textmaterial schwierig. Insbesondere die befragten Professionellen hatten sich in den Gesprächen seltener zu einer aktuellen Einzelsituation in antizipatorischer, bedarfsfeststellender Weise geäußert; die angegebenen Bedarfsbegründungen waren vielmehr in generalisierender und auf vorangegangene Erfahrungen verweisender Form formuliert worden. Hauptanhaltspunkt für die Relevanz von Erwartungen für die Bedarfsfeststellung waren Beschreibungen längerfristiger - insbesondere auf die Zeit nach der stationären Verlegung oder nach der Entlassung bezogener - Erwartungen, weil diese zum Befragungszeitpunkt noch nicht (Eltern) oder nur teilweise (Professionelle) mit konkreten Erfahrungen verknüpft waren. Aufgrund dieser Differenzierungsschwierigkeit kam die Stärke eines induktiv-deduktives Wechselspiels bei der Auswertung des Textmaterials deutlicher zum Tragen als zuvor.

Die gebildeten Erwartungen beziehen sich auf potenzielle Veränderungen (beschriebener und bewerteter) aktueller Ausprägungsgrade ausgewählter Merkmale. Für die Erwartungsbildung werden zustandsbezogene und prozessbezogene Informationen benötigt, welche (wie in den Abschnitten 7.5.1 und 7.5.3 dargestellt) aus internen und externen Quellen³⁴ stammen. Als Einflussfaktoren (F) auf den aktuellen Zustand oder dessen Merkmale werden jene (weiteren) Zustandsmerkmale (S, P) ausgewählt (vgl. Abschnitt 7.5.1), denen - mit höherer oder geringerer Sicherheit - ein Einflusspotenzial zugeschrieben wird. Die Erwartungsbildung erfolgt in Abhängigkeit von deren Ausprägungsgrad. Die Faktoren werden hier in situative (F_0), professionelle (F_P) und elterliche (nicht-professionelle) Einflussfaktoren (F_E) unterteilt. Eine für jeden Faktor eindeutige Zuordnung wäre allerdings aufgrund des Umstands, dass sich diese drei Gruppen wechselseitig beeinflussen, nicht möglich. Würden die Faktoren als "Ressourcen" bewertet (vgl. Abschnitte 2.4.1 und 7.5.6), würde zudem deutlich, dass interne professionelle Ressourcen (F_P) unter bestimmten Voraussetzungen auch als externe elterliche Ressourcen (F_E) und interne elterliche Ressourcen ebenso als externe professionelle Ressourcen gelten könnten.

Als professionelle Einflussfaktoren (F_P) wurden beispielsweise professionelles Fach- und Erfahrungswissen, personelle Einstellungen (Akzeptanz, Kontinuität) sowie räumliche und zeitliche Rahmenbedingungen genannt. Als elterliche Einflussfaktoren (F_E) wurden neben individuellen Merkmalen (z.B. Wissen und Können) auch familiäre und außerfamiliäre Merkmale (z.B. von Partnern, Eltern, Freun-

³⁴ Methoden der Informationssammlung wurden im Abschnitt 7.5.1 beschrieben.

den) angegeben. Ein Vergleich mit den im Abschnitt 7.2 aufgeführten Bedarfsarten zeigt, dass dort genannte Zielzustände ebenfalls als Einflussfaktoren anzusehen sind (vgl. Abschnitt 7.4.1).

Unter dem potenziellen Einfluss der genannten Faktoren werden mehrere alternative Ist*-Zustände erwartet, welche hier - ihrer angenommenen Kausalität nach - in abstrakter Form in drei Hauptgruppen unterteilt werden: Ist^{*0} , Ist^{*E} und Ist^{*P} . Diesen sind auch drei Typen zugehöriger Erwartungen zugeordnet:

- 0-Erwartungen: $Ist \rightarrow F_0 \rightarrow Ist^{*0}$
- E-Erwartungen: $Ist \rightarrow F_E \rightarrow Ist^{*E}$
- P-Erwartungen: $Ist \rightarrow F_P \rightarrow Ist^{*P}$

0-Erwartungen sind Erwartungen darüber, zu welchen künftigen Zuständen (Ist^{*0}) der jeweils aktuelle Zustand ohne einen zusätzlichen Einfluss ausgewählter elterlicher und/oder professioneller Faktoren führen würde.

E-Erwartungen sind Erwartungen darüber, zu welchen Ergebnissen oder künftigen Zuständen (Ist^{*0+E} , hier kurz Ist^{*E}) der zusätzliche Einfluss elterlicher (nicht-professioneller) Faktoren (F_E) führen würde. Diese Erwartungen betreffen auch die alternative oder kombinierte Nutzung mehrerer elterlicher Faktoren.

P-Erwartungen sind Erwartungen darüber, zu welchen Ergebnissen oder künftigen Zuständen (Ist^{*0+P} , hier kurz Ist^{*P}) der zusätzliche Einfluss professioneller Faktoren (F_P) führen würde. Sie können sich ebenfalls auf die Nutzung nicht nur einer, sondern (kombiniert oder alternativ) mehrerer professioneller Faktoren beziehen.

Obwohl diese Dreiteilung aufgrund der oben genannten Bedingungen nur eingeschränkt gelten kann, wird sie vorgenommen, um die Bedarfsbegründungen systematischer beschreiben und auch unter Bezugnahme auf theoretische Grundlagen diskutieren zu können. Die in den nachfolgenden Tabellen angegebenen Pfeile ($\uparrow\downarrow$) verdeutlichen die jeweils erwartete Einflussrichtung. Die Erwartungsbildung steht über "Rückkopplungsprozesse" in Verbindung mit prospektiven Bewertungen (Abschnitt 7.5.6); die Art der gebildeten Erwartungen hängt also auch von angestrebten Soll- beziehungsweise Zielzuständen ab (dies zeigt sich beispielsweise am Einfluss von Hoffnungen und Wünschen). Aufgrund dieses sehr engen Zusammenhangs enthalten die ausgewählten Textsegmente oft nicht nur Beschreibungen, sondern auch bereits Bewertungen erwarteter Zustände.

Professionelle:

Professionelle 0-Erwartungen: Die folgende Tabelle veranschaulicht sowohl die jeweils ausgewählten Zustandsmerkmale als auch deren jeweils erwartete quantitative Veränderung ohne zusätzliche Einflussnahme.

Tabelle 70: 0-Erwartungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	→ Ist* ⁰
"Und dann habe ich jetzt als erstes: ich versorge dieses <u>Kind</u> , und ich hole dieses Kind rüber zu uns auf Station, und ich habe ungefähr eine Stunde später den <u>Vater</u> auch da ... Dann ..., also, ich bin ja wirklich die erste, die einfach mit dem Vater redet."	(S) Eltern → Anwesenheit ↑
"Dann bin ich auch <u>selber</u> oder wünsch' ich es mir auch <u>selber</u> , und habe irgendwie ... die Vermutung für <u>mich</u> , natürlich kommt da immer noch die <u>Erfahrung</u> hinzu, dass es eben anders sein <u>kann</u> , aber ich habe dennoch, also <u>grundsätzlich</u> die Vermutung, dass es dem Kind <u>gut</u> geht, und dass es ihm die nächsten <u>Tage</u> gut geht. Und dieser kleine . na . <u>negative</u> Gedanke irgendwie, den ich einfach habe, eben aus <u>Erfahrung</u> , den lass' ich dann <u>beiseite</u> ." "Also wir wissen, dass sich <u>Aufregung</u> von Eltern, von Muttis sagen wir mal so, natürlich auch sehr auf das Kind <u>überträgt</u> ."	(S) Kind → Zustand konstant → Aufregung ↑
"...und natürlich <u>zu vermeiden</u> , dass es denn vielleicht auch Eltern gäbe, die dieses Angebot <u>nicht</u> haben, die dann den Kopf in den Sand stecken und resignieren."	(S) Eltern → Resignation ↑ → Nutzung nutzbarer Ressourcen ↓
"Also wenn wir das nicht machen würden, würde das einfach untergehen. Also das ist als Bedarf zwar vielleicht latent vorhanden, aber die realisieren diesen Bedarf nicht, weil sie nicht wissen, dass sie da 'nen <u>Anspruch</u> drauf haben." "... den Eltern die Möglichkeit zu geben, dass die <u>noch mal fragen</u> . Das werden sie beim Arzt meistens <u>nicht</u> tun. Das ist dann ja doch eine Respektperson, und der <u>Doktor</u> und so, diese Schiene ist ja dann doch noch ein Stück weit <u>vertreten</u> ."	

Professionelle E-Erwartungen: Die folgenden Erwartungen beziehen sich auf ausgewählte Zustandsmerkmale, deren potenzielle quantitative Veränderung unter dem Einfluss elterlicher Merkmale (Faktoren) beschrieben wird.

Tabelle 71: E-Erwartungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	F _E	→ Ist* ^E
"Und wenn es einfach Mütter gibt, die da so hineingeschubst werden, und die halt einfach - warum auch immer - in der dreiundzwanzigsten Woche bekommen, für die ist es einfach ganz schwierig, damit umzugehen."	Vorbereitung	(S) Mütter → Belastung ↑
"...weil so eine <u>belastende</u> Situation für Eltern natürlich auch eine eingeschränkte Möglichkeit der <u>Aufnahmefähigkeit</u> hat. Und wenn jetzt Ärzte dann doch mal in einen <u>Fachjargon</u> verfallen ... <u>sollten</u> , was ja doch immer wieder mal passiert, obwohl sie wissen, dass es ... dass sie sich da Mühe geben, aber es <u>passiert</u> halt, kann das Eltern noch zusätzlich irritieren, <u>weiter</u> irritieren."	Aufnahmefähigkeit	(S) Eltern → Irritation ↑
"Also dann passiert mit den Eltern ganz viel, dann rattert das in dem Kopf von den Eltern, und dann kommen die auch wieder. Und <u>dann</u> fangen die Fragen an, entweder sie fangen an oder sie fangen <u>nicht</u> an."	Fähigkeit	(S) Eltern → Aktivität ↑(?)

"Die <u>lernen</u> das mit der Zeit, wenn die einfach 'ne Weile <u>hier</u> sind, kennen die einfach ihre Schwestern."	Lernfähigkeit	(S) Eltern → Wissen ↑
"Dass sie dann halt einfach, je länger sie da drinne sind, einfach viel mehr Ahnung haben und einfach viel mehr ihr Kind einschätzen können."	Wissen	→ Kompetenz ↑
"Aber damit sie wachsen können und damit sie sich entwickeln können, müssen gewisse <u>Bedingungen</u> geschaffen werden, und die werden von den <u>Eltern</u> geschaffen."	familiäre Bedingungen	(S) Kind → Entwicklung (↑)

Professionelle P-Erwartungen: Die folgenden Erwartungen beziehen sich auf ausgewählte Zustandsmerkmale, deren potenzielle quantitative Veränderung unter dem (zusätzlichen) Einfluss professioneller Faktoren beschrieben wird. Hier werden nur zwei Beispiele genannt; weitere Beispiele folgen im Zusammenhang mit prospektiven Bewertungen im Abschnitt 7.5.6.

Tabelle 72: P-Erwartungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	F _P	→ Ist* ^P
"Also wenn sie sie dann nachher <u>rausbekommen</u> und mit ihnen <u>kuscheln</u> können, oder die Mütter dann irgendwann ihre Kinder <u>anlegen</u> können, dann wird das einfach alles so ein bisschen <u>fließender</u> , und dann merkt man irgendwie so, dass sie dann doch so ein bisschen ja irgendwie <u>Muttergefühle</u> kriegen. Also einfach so ein bisschen die, ja, 'ne <u>Beziehung</u> irgendwie herstellen."	Schaffung von Kontaktmöglichkeiten (Eltern-Kind)	(S) Eltern → Selbstwahrnehmung: Elternrolle ↑
"Wenn man die Möglichkeit hätte ... so Rooming-In ... da noch mal was so zusammenzubringen: ... Also gut, wir machen jetzt hier 24 Stunden, ja, das würde ihnen 'n Stück <u>Sicherheit</u> vermitteln."	räumliche / personelle Bedingungen	(S) Eltern → Sicherheit ↑

Diskussion (Professionelle):

Die professionellen Gesprächspartner(innen) bezeichneten einen Teil ihrer Erwartungen auch als Prognosen; dies zeigt erneut die Parallelen zum Konzept der Diagnostik. Würde das Diagnostizieren expliziter als eine Form professionellen Handelns verstanden, würde(n) sowohl der Prozesscharakter hervorgehoben als auch Parallelen zu handlungstheoretischen Grundlagen sichtbar. Der Bildung von Erwartungen kommt eine zentrale Rolle für die Handlungsplanung zu - dieser Aspekt wird jedoch perspektivenübergreifend diskutiert.

Eltern:

Da Eltern insgesamt deutlich weniger als Professionelle auf vorhandenes Erfahrungs- und fachspezifisches Wissen (interne Quellen) zurückgreifen können, zeigt sich hier der elterliche Bedarf an zusätzlichen prognostischen Informationen besonders deutlich. Dieser wurde bereits im Abschnitt 7.3.2 unter der Kategorie Informationsbedarf erläutert. Ergänzend zu den im Abschnitt 7.5.1 angegebenen Bei-

spielen werden nachfolgend einige Methoden der elterlichen Sammlung insbesondere prognostischer Informationen benannt.

Tabelle 73: Informationssammlung zur Erwartungsbildung (Eltern), Beispiele

Textsegment	Methoden
"Und dann hat man eben viel recherchiert gehabt im Internet so, von meinem <u>Mann</u> aus, so von den Ärzten und alles, und mit den Komplikationen, was <u>kommen</u> kann und so." "Deswegen kaufe ich mir ja schon Bücher über Frühgeborene und lese sie mir durch."	Mediennutzung Fragen (Personal)
"Also muss man da auf Sachen besonders achten, oder wenn die so klein sind oder so was .. also, ich habe den Arzt jetzt einfach danach schon mal <u>gefragt</u> ."	Fragen (Personal)
"Also, ich würd' sagen, da frage ich dann eher <u>erfahrenere</u> Eltern sozusagen, die schon ein bisschen <u>weiter</u> sind."	Fragen (Eltern)

Die Bildung elterlicher Erwartungen mit hoher Beschreibungssicherheit ist von besonderer Relevanz für die Bedarfsfeststellung (und Handlungsplanung). Die Funktion solcher Erwartungen für elterliche Vorbereitungen wurde bereits im Abschnitt 7.3.11 veranschaulicht. Die folgenden Beispiele zeigen darüber hinaus die Folgen geringer prognostischer Beschreibungssicherheit.

Tabelle 74: Prognostische Beschreibungs(un)sicherheit (Eltern), Beispiele

Textsegmente
"Und wenn man natürlich immer jemand <u>ander's</u> hat, der - so würde ich dann halt abschätzen: ' <u>Okay</u> , dann fragst Du halt heute nachmittag <u>nicht</u> , weil Du halt weißt, heute <u>nacht</u> ist halt eine Schwester da, die <u>kannste</u> fragen.' Aber das kann ich halt nicht einschätzen, weil ich halt nie weiß, <u>wer</u> dann da ist, ne(?). Das ist dann halt ein bisschen <u>schwierig</u> denn."
"... als es um die Entlassung dann ging. Es gab 'ne Aussage, und [<i>Partner</i>] will sich jetzt Urlaub nehmen, hat natürlich dadurch, dass er auch Schichten hat und Dienste und so was, ist es nicht so <u>einfach</u> . Und eigentlich hätten wir, will ich mal sagen, mindestens eine Woche vorher wissen, also so <u>etwa</u> , wissen müssen [...] dass man sich zumindestens ... <u>einrichten</u> kann und wir haben uns denn schon auf Anfang der Woche eingerichtet und dann hieß es aber dann so, nee, nee, Anfang der Woche noch nicht. [...] Aber, davon muss man eigentlich ausgehen, finde ich, dass man sich so'n <u>bisschen</u> ...einrichten muss, oder das ein bisschen vorher noch .. <u>klären</u> muss. Und ich mein, es wird ja <u>vielen</u> Vätern dann so gehen, dass sie jetzt <u>nicht</u> Gewehr bei Fuß stehen oder so Urlaub nehmen oder was auch immer."

Elterliche 0-Erwartungen: Die in der folgenden Tabelle aufgeführten Textsegmente lassen nicht nur die Inhalte elterlicher Erwartungen, sondern auch deren jeweiligen Grad an Beschreibungssicherheit (Gewissheit) erkennen.

Tabelle 75: 0-Erwartungen (Eltern), Beispiele

Textsegment	→ Ist* ⁰
"Also, ich will mich damit jetzt eigentlich nicht weiter <u>beschäftigen</u> , weil .. weil 's ja .. weil ich eigentlich davon <u>ausgehe</u> , dass alles ganz ... <u>normal</u> irgendwann wird."	(S) "alles" → Normalität ↑

"Vielleicht wäre es halt <u>wirklich</u> so, dass er halt eine Mahlzeit <u>auslassen</u> würde und dafür die anderen Mahlzeiten <u>mehr</u> trinken würde, das <u>weiß</u> ich halt nicht."	(S) Kind → Nahrungsaufnahme ↑↓
"Also, es wird nicht sein, dass ich die nach Bedarf füttern muss oder <u>stillen</u> muss, oder wie auch immer, sondern die werden so einen <u>vorgefertigten</u> Rhythmus haben, den ich <u>übernehmen</u> kann [...], und man <u>weiß</u> , okay, <u>dann</u> sind sie <u>dran</u> , und dann dauert das alles 'ne Stunde, mit essen, wickeln, bisschen streicheln, kuscheln ... und dann schlafen sie wieder." "Und wenn der hier schon <u>funktioniert</u> , der Rhythmus, dann hat man es ja auch leicht, denke ich ... ja, ich <u>hoffe</u> , dass der zu Hause bleibt, der gefällt mir ganz gut [<i>lacht</i>]."	(S) Kind → Rhythmus (konstant)
"Also diese Entspannung wird sicherlich nach und nach eintreten, wenn sie dann nachher zu Hause sind. Weil, dann kann ich ja sagen: 'Boh, jetzt fallen schon mal effektiv zwei Stunden Fahrerei weg!', die ich für was anderes ... und ich weiß <u>genau</u> , auch die zwei Stunden werden irgendwie weg sein und ich werd' mich fragen, wo <u>die</u> jetzt sind."	(P) Selbst → Belastung ↓ → Ressourcen ↑(?)

Elterliche E-Erwartungen: Die Bildung elterlicher Erwartungen in Bezug auf eigene ("interne") Einflussfaktoren steht in engem Zusammenhang mit prospektiven Bewertungen und ist daher nicht nur den nachfolgenden, sondern auch den im Abschnitt 7.5.6 aufgeführten Textbeispielen zu entnehmen.

Tabelle 76: E-Erwartungen (Eltern), Beispiele

Textsegment	F _E	→ Ist* ^E
"Einfach das <u>Zusammenwachsen</u> . Das <u>fehlt</u> .. irgendwie noch. Deswegen hoffe ich ja, dass es, wenn ich sie dann hier tagtäglich besuche, dass 's denn 'n .. bisschen <u>mehr</u> kommt, das Zusammenwachsen."	Aktivität (Besuchen)	(P) Selbst → "Zusammenwachsen" ↑
"Also da <u>frag</u> ich schon bei bestimmten Sachen, wo ich mir da noch unsicher bin, wie mach' ich das überhaupt zu Hause, also da frag ich dann schon, da kriegt man denn auch Unterstützung."	Aktivität (Fragen)	(P) Selbst → Unterstützung ↑ → Unsicherheit ↓
"Ansonsten denke ich auch: Man kann natürlich schon trinkfaul <u>werden</u> , wenn man das immer alles über einen Schlauch bekommt und so gewöhnt ist, das kann ich mir schon <u>vorstellen</u> . Deswegen denke ich auch manchmal: Naja, jetzt musst du ihn schon ein bisschen dazu <u>zwingen</u> ."	Aktivität (Ernähren)	(S) Kind → Selbständigkeit ↑
(über die Tochter): " <u>Ja</u> , sie wird mir viel abnehmen, es wird nachher so sein, dass ich sage: 'Na ja, kann ich mal <u>überhaupt</u> mal das Kind haben oder so(?)'. Sie wird schon viel machen und mit dem Wagen spazieren gehen."	Unterstützung (familiär)	(P) Selbst → Belastung ↓

Elterliche P-Erwartungen: Auf (zusätzliche) professionelle Einflussfaktoren bezogene elterliche Erwartungen werden ebenfalls im Abschnitt 7.5.6 differenzierter vorgestellt, da ein großer Teil der diesbezüglichen Äußerungen bereits mit prospektiven Bewertungen verbunden ist.

Tabelle 77: P-Erwartungen (Eltern), Beispiele

Textsegment	F _P	→ Ist* ^P
"Das ist dann das <u>Nächste</u> , dann kommen sie halt aus dem Inkubator raus, dann kommen sie auf dieses vorgeheizte Bettchen, und man kann sie schon mehr anfassen, das ist so wie nächste <u>Vorfreude</u> , aber es <u>ist</u> noch nicht so weit."	Verlegung	(P) Selbst → Freude ↑ → Belastung ↓
"Was mich beruhigt, ist, dass er bald dann verlegt wird auf 'ne andere Station, ja. Also dann sieht man ja den Fortschritt. Und ich hoffe mal, dass es auch wirklich mit die Fahrerei aufhört."		

Neubeschreibung: Auch elterliche Erwartungen ändern sich in Abhängigkeit verfügbarer Informationen. Die zugehörige professionelle Unterstützungsform könnte als "prospektive Beschreibungsunterstützung" bezeichnet werden und soll die prospektive elterliche Beschreibungssicherheit erhöhen. Da sie in vielen Fällen eng mit "prospektiver Bewertungsunterstützung" verbunden ist, soll sie sich auch (vorteilhaft) auf die elterliche Motivation (vgl. Abschnitt 7.3.6) auswirken.

Tabelle 78: Neubeschreibung (Erwartungen), Eltern, Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Und man hat Sorgen und ja, wird alles gut mit denen(?) und da ist es schon so, dass die Schwestern und auch die Ärzte immer beruhigend auf einen <u>einreden</u> und dann auch immer, ja, von den anderen Frühchen <u>erzählen</u> , die das gut überstanden haben, dass sie einem Mut machen."
"Und wenn man dann hört, äh ... 'Ja, von denen haben wir zum ersten Geburtstag 'ne Karte gekriegt', also ich mein, die schaffen's <u>auch</u> , also man bekommt, man wird <u>zuversichtlich</u> ."
Textsegment (Professionelle)
"Ich glaube, in der 30. Woche können wir den Eltern die Zeit einfach schon ein bisschen mehr eingrenzen und können ihnen ein bisschen mehr auch den Blick für Morgen geben."
"Wir reden mit <u>jeder</u> Mutter oder mit <u>jedem</u> Elternteil, was es für Komplikationen geben kann. Das <u>müssen</u> wir auch um einfach, also wir können ja nicht irgendwie drei Tage sagen: 'Es ist alles <u>toll</u> .' und dann irgendwie, am vierten Tag, fangen wir an: 'Aber jetzt sind diese <u>Komplikationen</u> eingetreten. Und die sagen: 'Aber davon wussten wir doch gar nichts.' Wir geben - <u>schon</u> in diesen Gesprächen: 'Es <u>kann</u> passieren, es <u>muss</u> aber nicht sein.' Aber einfach so, dass es nicht irgendwie vom <u>Himmel</u> fällt, so, sondern ... wir malen auch nicht den Schwarzen <u>Peter</u> an die Wand, so ist es auch nicht, aber es gehört einfach dazu, zu sagen: 'Das kann sein, aber es kann auch <u>nicht</u> sein.'"

Die auf die elterliche Perspektive bezogene Diskussion wird im perspektivenübergreifenden Zusammenhang geführt.

Diskussion (übergreifend):

Auf die Relevanz kausalen Wissens für die treffsichere Voraussage künftiger Zustände wurde bereits im Abschnitt 7.5.3 verwiesen. Stiensmeier-Pelster und Heckhausen betonen, dass es für die Ausübung von Kontrolle wichtig ist, genaue Vorhersagen treffen zu können (2006: 366). Frey und Jonas (2002)

gehen unter Verweis auf Thompson (1981, "Informationskontrolle") von einem Streben nach Vorhersehbarkeit als Form der sekundären Kontrolle aus. Thompson selbst subsumiert unter "information" allerdings wesentlich vielfältigere Aspekte und schreibt hierzu: "[...] it is probably not useful to think of information as one conceptually homogeneous variable, since there is no reason to expect that these different forms of information will have the same effects on stress." (1981: 91). Vorhersehbarkeit umfasst den Zugang zu "Informationen über möglicherweise auftretende Konsequenzen" (Fischer/Wiswede 2002: 76). Aufgrund des implizierten Zeitaspekts könnte Vorhersehbarkeit im Gegensatz zu "retrospektiver" Kontrolle (vgl. Abschnitte 7.5.3 und 7.5.4) auch als "prospektive" Kontrolle bezeichnet werden. Jungermann und Kollegen (2005: 371ff) stellen fest, dass der Umgang mit Wahrscheinlichkeitsinformationen sowohl Ärzten als auch Patienten oft Schwierigkeiten bereitet, welche auch zu "Fehlbeurteilungen" führen können, und nennen Studien, in welchen dieses Thema näher analysiert wird.

Das von Heckhausen und Heckhausen (2006: 5) verwendete Modell zu den Determinanten motivierten Handelns (siehe Abb. 2) enthält ebenfalls mehrere Erwartungen. Von den insgesamt drei genannten Gruppen können zwei als ergebnisbezogene Erwartungen bezeichnet werden (Situations-Ergebnis-Erwartungen und Handlungs-Ergebnis-Erwartungen). Sofern die im Bedarfsfeststellungsprozess antizipierten Ist*-Zustände ebenfalls als Ergebnisse verstanden werden, zeigen sich inhaltliche Parallelen. Die oben als 0-Erwartungen bezeichneten Voraussagen entsprächen in etwa den Situations-Ergebnis-Erwartungen. Die als E- und als P-Erwartungen bezeichneten Voraussagen entsprächen in etwa den Handlungs-Ergebnis-Erwartungen³⁵. Allerdings beinhaltet die von den Autoren genutzte Formulierung "Erwartungen" bereits Bewertungen. Zwar ist dies insofern nachvollziehbar, als sich diese Bewertungen auf erwartete Ergebnisse (hier: Zustände) beziehen. Da es sich dennoch um unterscheidbare Informationsverarbeitungsprozesse handelt, werden diese hier getrennt erörtert.

³⁵ Je nach eingenommener Perspektive müsste allerdings jeweils eine der beiden Gruppen auch zu den Situations-Ergebnis-Erwartungen gezählt werden.

7.5.6 Prospektive Bewertungen und Entscheidung (TP 6)

Die Begründung vorgenommener Beschreibungen und Bewertungen erfolgt in vielen Fällen unter Verweis auf eine übernommene Verantwortung. Die hieraus resultierende Verpflichtung zur Kontrollausübung erfordert Bewertungen anhand von Soll-Werten sowie Entscheidungen hinsichtlich erforderlicher Regulationsbemühungen. Während technische Steuerungs- und Regelsysteme meist an feststehenden Soll-Werten ausgerichtet sind, werden zur Bewertung im Untersuchungsfeld veränderbare und zudem sequenziell und hierarchisch strukturierte Soll-Werte in "Bottom-up"-Richtung genutzt, deren Beziehungen untereinander jeweils erneut prospektive Beschreibungen (7.5.5) und Bewertungen (7.5.6) darstellen.

Prospektive Bewertungen beziehen sich erstens auf alternative Ist*-Zustände, da mit den verfügbaren Einflussfaktoren unterschiedliche Zustände herbeigeführt werden können (vgl. Abschnitt 7.5.5), und zweitens auf alternative Einflussfaktoren (F), da angestrebte Ist*-Zustände durch Nutzung unterschiedlicher Einflussfaktoren entstehen können (vgl. Abschnitt 7.4.1). Ist*- und F-Bewertungen beruhen auf (mehr oder weniger sicheren) Erwartungen (Abschnitt 7.5.5). Sie sind in absolute und relative Bewertungen unterscheidbar, beeinflussen sich gegenseitig und dienen einer Entscheidungsfindung.

Absolute Ist*-Bewertungen erfolgen über intradimensionale Ist*-Soll-Vergleiche. Diese finden aufgrund wert- und zeithierarchisch strukturierter Soll-Kriterien intratemporal und intertemporal-prospektiv statt (vgl. Abschnitt 7.5.2). Erfolgte Ist*-Bewertungen führen zugleich zu absoluten prospektiven Bewertungen jeweils zugehöriger Einflussfaktoren (F), da sie auch deren antizipiertes Potenzial für die Annäherung von Ist- an Soll-Ausprägungsgrade betreffen. Die Einflussfaktoren (bzw. deren Ausprägungsgrade) werden entsprechend ihrer erwarteten Einflussrichtung eher als Risikofaktoren (Risiken) oder eher als Ressourcen (Chancen) bewertet. Auswirkungen erfolgter Ist*⁰- und F₀-Bewertungen auf die Bildung nachfolgender P- und E-Erwartungen (Abschnitt 7.5.5) sind anzunehmen.

Relative Bewertungen entstehen, indem absolute Bewertungen alternativer Ist*-Zustände (Ist*⁰, Ist*^E, Ist*^P) und Einflussfaktoren (F₀, F_E, F_P) intra- und intergruppal (bezogen auf die drei Faktorengruppen, vgl. Abschnitt 7.5.5) untereinander verglichen werden; die Beschreibung dieser Vergleiche kann auch analog zum Abschnitt 7.5.2 erfolgen. Intertemporal-prospektive Ist*-Bewertungen finden in "Bottom-up"-Richtung statt und erfordern ein spiralförmiges Durchlaufen der Teilprozesse 5 und 6. Verringerungen negativ bewerteter Diskrepanzen sowie Vergrößerungen positiv bewerteter Diskrepanzen gegenüber vorherigen Zuständen werden als erwarteter Vorteil (Verbesserung, Gewinn), Vergrößerungen negativ bewerteter Diskrepanzen sowie Verringerungen positiv bewerteter Diskrepanzen als erwarteter Nachteil (Verschlechterung, Verlust) bewertet. Aus den bestehenden Zielvorstellungen einerseits und dem Wissen um die Begrenztheit verfügbarer Einflussmöglichkeiten andererseits resultiert ein Streben nach "Gewinnmaximierung" und "Verlustminimierung", hier zusammengefasst als "Effizienzmaximierung". Dieses ist mit dem Streben nach hoher Beschreibungs-, Bewertungs- und Entscheidungssicherheit (vgl. auch Abschnitt 7.3.10) in Einklang zu bringen. Prospektive Bewertungen

erfolgen aufgrund umfassenderer Verantwortung zugleich begrenzt verfügbarer Ressourcen auch anhand der Norm der (Verteilungs-)Gerechtigkeit.

Die Vielfalt zu berücksichtigender Informationen erfordert komplexe Abwägungsprozesse. Zielbezogene Abwägungsprozesse sollen die potenziellen Ist*-Zustände mit den insgesamt vorteilhaftesten (besten) Bewertungen identifizieren. Eine Entscheidung für diese Zustände zerlegt abstraktere, übergeordnete Ziele in konkretere Teilziele ("Top-down"-Richtung), aktualisiert damit bestehende "Sollte"-Werte (vgl. Abschnitt 7.5 2) zu "Soll"-Werten und ermöglicht nachfolgende ressourcenbezogene Abwägungsprozesse. Wird eine bestimmte Ressource(nkombination) abschließend präferiert (Bestbewertung), werden durch eine entsprechende ressourcenbezogene Entscheidung die zur Zielerreichung voraussichtlich geeignetesten Mittel konkretisiert (aktualisiert) und damit der Bedarf festgestellt.

Eine bedarfsbezogene Entscheidung wird für oder gegen die Nutzung professioneller Ressourcen getroffen. Sie kann beispielsweise die Ab- oder Übergabe von Kontrollaufgaben an andere Personen beinhalten. Dies setzt ein hinreichend sicheres Fremdvertrauen (vgl. Abschnitt 7.3.10) voraus. Die zugrundeliegenden Bewertungen betreffen sowohl Motivation (vgl. Abschnitt 7.3.6) beziehungsweise Ziele als auch Kompetenzen (vgl. Abschnitt 7.3.7) beziehungsweise Einflussmöglichkeiten (Ressourcen) der jeweils anderen Person(en). Die relative Bestbewertung kann aus Bestbewertungen von Fremdmotivation und Fremdkompetenzen resultieren, aber auch daraus, dass eigene Ressourcen "geschont" oder "gewonnen" werden.

Neubewertungen/Neuentscheidungen: Bedarfsbezogene Entscheidungen sind jeweils nur als vorläufiger "Abschluss" des Bedarfsfeststellungsprozesses zu betrachten, da aktualisierte beschreibungs- und bewertungsrelevante Informationen zu Neubeschreibungen, Neubewertungen, Neuabwägungen und Neuentscheidungen führen. Wird beispielsweise festgestellt, dass gesetzte Ziele mit den gewählten Mitteln (Ressourcen) nicht erreichbar sind, können ressourcenbezogene Neubeschreibungen, -bewertungen und -entscheidungen folgen (Mittelanpassung). Werden hingegen die verfügbaren Mittel/Einflussfaktoren als zur Zielerreichung voraussichtlich ineffektiv bewertet, entsteht die Bewertung "drohender Verlust" (Risiko, Gefahr), welche mit negativem emotionalem Erleben verbunden sein kann. Wiederholte Informationssammlungen und -auswertungen können dazu dienen, die Beschreibungs- und Bewertungssicherheit zu erhöhen beziehungsweise bestehende Bewertungen zu aktualisieren. Werden die verfügbaren Einflussfaktoren (Ressourcen) schließlich mit hoher Sicherheit als zur Zielerreichung ineffektiv bewertet, wird also festgestellt, dass gesetzte Ziele (und gegebenenfalls auch übergeordnete Ziele) nicht (mehr) erreichbar sind, werden bisherige Zustandsbewertungen (z.B. "Verschlechterung", vgl. Abschnitt 7.5.2) zur Neubewertung "eingetretener Verlust" aktualisiert. Die Bewertung "eingetretener Verlust" bezieht sich auf (kurz-/mittel-/langfristig) erstrebenswerte Ist*-Zustände und kann - je nach deren Bewertung - von negativem emotionalem Erleben begleitet sein. Letztlich ist eine Akzeptanz (und damit ebenfalls Neubewertung) der nicht mehr möglichen Zielerreichung Voraussetzung zur Verlustregulation, Zielanpassung beziehungsweise Zielaktualisierung. Hierbei wird die Verbindlichkeit (kurz-/mittel-/langfristig) gesetzter Ziele "gelöst"; zielbezogene Neuentscheidungen werden getroffen und wirken sich wiederum auf nachfolgende Bewertungen aus. Auf-

grund bestehender Zielhierarchien stellen zielbezogene Neuentscheidungen letztlich auch ressourcenbezogene Neuentscheidungen dar.

Die bisher perspektivenübergreifend formulierten Beschreibungen werden nun in Bezug auf die beiden Hauptperspektiven veranschaulicht.

Professionelle:

Verantwortung: Hinsichtlich der übernommenen, berufsbedingten Verantwortung³⁶ verwiesen die Gesprächspartner(innen) in erster Linie auf ihre Verantwortung für die (Entwicklung der) von ihnen stationär versorgten Patienten. Aus den Äußerungen ließ sich auch eine (Verantwortung für die) Beachtung weiterer, ressourcenbezogener Kriterien (insbesondere Effizienz, Gerechtigkeit) erschließen; diese Kriterien werden jedoch an späterer Stelle erläutert.

Tabelle 79: Verantwortung (Professionelle), Beispiele

Textsegment
"Und wir sagen immer gerne, so, die Schwestern machen sich zum <u>Anwalt</u> des Kindes."
"Wenn die Kinder dann erst auf die [<i>Station</i>] gehen, wo dann <u>Zimmerpflege</u> ist, da sind ja zwei Schwestern für fünf Kinder verantwortlich."
"Ich muss ja immer vom <u>Kind</u> ausgehen, das Kind <u>hat</u> davon wahrscheinlich eher <u>wenig</u> . Von den Gesprächen, die ich mit den Eltern führe. Außer, dass sie natürlich <u>zugewandter</u> sind und sich mehr kümmern."
"Das muss natürlich die Schwester machen, denn es ist in der Verantwortung des <u>Kranken</u> hauses und der <u>Krankenkassen</u> damit."

Da professionelle Bewertungen sowohl anhand berufs- und institutionsspezifischer, kollektiver (vgl. Abschnitt 7.5.2) als auch anhand individueller Werte oder Normen erfolgen, können sie unterschiedlich ausfallen (vgl. Abschnitt 7.7).

³⁶ erteilter Versorgungsauftrag

Tabelle 80: Individuelle Soll-Werte (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Soll
"Mit den <u>Geschwisterkindern</u> ist es <u>auch</u> immer so zwiegespalten, dass es, wir wollen es ja <u>auch</u> immer gerne, dass sie mal <u>kommen</u> , aber dann gibt's aber auch wieder, also auch unter <u>uns</u> gibt's da verschiedene Ansichten, weil <u>viele</u> dann eben auch denken, dass es zu <u>belastend</u> ist für die Geschwisterkinder, das zu <u>sehen</u> , so, Intensivstation, und auch das <u>Kind</u> . Und das ist bei den <u>Eltern</u> , denk ich, <u>genau</u> so, irgendwie, manche Eltern halten das für <u>wichtig</u> , und dann liegt man irgendwie mit seiner Einschätzung, das ist <u>wichtig</u> für die Familie, ganz <u>richtig</u> , und <u>andere</u> finden das irgendwie ganz <u>falsch</u> . Dass das eben <u>schlecht</u> ist für die Geschwisterkinder, wenn sie die Situation <u>miterleben</u> ."	(S) Geschwister (Besuch) + / -
" <u>Zwischen</u> den Schwestern, den Stationen gibt es natürlich <u>auch</u> Unterschiede. Die <u>eine</u> sagt, das Kind darf überhaupt nicht auf den Bauch; und die andere sagt, aber gerade <u>Bauchlage</u> ist für ein Frühchen angenehm."	(S) Kind (Bauchlage) - / +
"Die eine Schwester ist da laissez-faire, sagen wir mal, und sagt: 'Nee, ist kein überhaupt Problem.', und die andere Schwester betrachtet das wieder ganz <u>kritisch</u> , so."	k.A.

Der Begriff Zielhierarchie ist eher mit der Vorstellung positiv bewerteter künftiger Zustände ("Soll") in Form von Teil- und übergeordneten Zielen beziehungsweise kürzer- und längerfristigen Zielen verbunden. Aber auch negativ bewertete Zustände ("Soll-nicht"), welche von den Gesprächspartner(inne)n auch als "Risiken" oder "Gefahren" beschrieben werden, sind durch Erwartungen und Bewertungen miteinander verknüpft. Da für den Begriff "Ziel" kein Antonym existiert, werden die hierarchisch-sequenziellen Beziehungen hier als Chancen- und Risikohierarchien bezeichnet.

Tabelle 81: Chancen- und Risikohierarchien (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Positivbewertung)	Chance 1 → Chance 2	
"Da sollen die Eltern nämlich so entlastet wie möglich wieder hingehen, <u>zum</u> Kind, damit das Kind irgendwo auch <u>Kraft</u> schöpft und den Rückhalt der <u>Eltern</u> erfährt."	(S) Eltern (Entlastung)	(S) Kind (Kraftgewinn)
"Geht's mir gut, bin ich auch aufnahmefähiger sozusagen, was jetzt mein Kind betrifft, verkrafte ich vieles, viel viel besser, als wenn's mir jetzt selber schlecht ginge, weil ich nicht esse, oder weil es mir körperlich schlecht geht."	(S) Eltern (Wohlbefinden)	(S) Eltern (Belastbarkeit)
"Die Arbeit basiert eigentlich, wie gesagt, das Angebot, auf der Förderung der Eltern-Kind-Bindung, und die kann nur dann vonstatten gehen, wenn natürlich auch diese Bindung <u>Raum</u> hat, und wenn die Eltern <u>da</u> sind."	(S) Eltern (Anwesenheit)	(S) Eltern (Zufriedenheit)
"Einfach, dass <u>ihre</u> Anwesenheit einfach ganz wesentlich ist für das <u>Kind</u> und auch wesentlich ist für die <u>Gesundheit</u> oder für die <u>Entwicklung</u> vom Kind, also dass das nicht nur ist, weil's die Eltern gern haben, sondern für die Kinder, weil man <u>weiß</u> , dass das für die Kinder wichtig ist."		Eltern - Kind (Bindung) Kind (Entwicklung)

"Denn Eltern müssen ja auch ihre Kinder <u>fördern</u> können, und dazu brauchen sie auch einen gewissen <u>Rückhalt</u> und 'ne <u>Eigenstärke</u> , um zu sagen: 'Ich kann das jetzt <u>machen</u> , das ist in <u>Ordnung</u> '. Und wenn sie da nun wieder auf Ergebnisse sehen, positive Ergebnisse und Erlebnisse haben, dass es <u>funktioniert</u> , dann stärkt sie das ja auch automatisch wieder."	(S) Eltern (Erfolgserleben → Selbst- vertrauen)	(S) Eltern (Förder- kompetenz)
"Dass wir sie dann auch in die Pflicht nehmen: 'So, jetzt sind Sie verantwortlich, und Sie messen jetzt hier Fieber und Sie wechseln jetzt die Hose, weil, zu Hause müssen Sie das ja auch machen, und zwar ganz <u>alleine</u> .' ... drastisch <u>übertrieben</u> ; ich raff das jetzt ganz ganz kurz, aber ...dass die <u>lernen</u> ... <u>ja</u> , auch Verantwortung für ihr Kind zu <u>übernehmen</u> ."	(P) Selbst / (S) Eltern (Übergabe / Übernahme von Aufgaben)	(S) Eltern (Übernahme von Verant- wortung, Selb- ständigkeit)
Textsegment (Negativbewertung)	Risiko 1 → Risiko 2	
"Also das ist ja <u>auch</u> 'ne Gefahr, die durchaus <u>vorhanden</u> ist und gerade mit dem Umgang früh geborener Kinder, die sich ja doch anders artikulieren und äußern, auch im späteren Zeitraum. Wenn man da vorher resignierte <u>Eltern</u> hat, dann wird es also ein ganz großes Problem später, wenn sie dann <u>zu Hause</u> sind, mit den Kindern <u>alleine</u> sind und das alles nicht <u>verstehen</u> können."	(S) Eltern Resignation ↑	(S) Eltern Problem ↑
"Und wenn diese <u>erste</u> Zeit schon so <u>angstbesetzt</u> ist, dann beobachte ich bei den ehemaligen Frühcheneltern über <u>Jahre</u> einfach, äh, diese <u>Käseglocke</u> , die über die <u>Kinder</u> gestülpt wird, und die normale Entwicklung einfach auch ein Stück eingeschränkt ist dadurch, durch diese Ängste, die die Eltern eben <u>ganz früh</u> , zum Teil schon in der <u>Schwangerschaft</u> entwickelt haben." "Das glaube ich ganz gewiss. Das glaube ich auch nicht nur für das <u>Patientenkind</u> , sondern auch für <u>nachgeborene</u> Kinder. Dass die Eltern <u>in</u> ihrer Überängstlichkeit dann das Kind in der Entwicklung ein Stück <u>ein-schränken</u> ."	(S) Eltern Ängstlichkeit ↑	(S) Kind Entwicklung ↓

Die dargestellten Zusammenhänge zeigen, dass Ziele selbst als Instrumente (Ressourcen/Chancen) zur Erreichung übergeordneter Ziele angesehen werden. Zielvorstellungen beschreiben demnach nicht nur angestrebte Zustände, sondern auch Art und Umfang der zu deren Herbeiführung benötigten Mittel.

Absolute prospektive Bewertungen waren im Textmaterial eng mit Erwartungsäußerungen verknüpft und wurden daher teilweise bereits im Abschnitt 7.5.5 erfasst. Da absolute Ist*-Bewertungen zudem ähnlich wie Bewertungen aktueller Zustände (vgl. Abschnitt 7.5.2) beschrieben und auch aus den zu den Soll-Hierarchien angegebenen Textbeispielen erschlossen werden können, werden im Folgenden vornehmlich auf professionell verfügbare Einflussfaktoren (F_P) bezogene Beispiele angegeben. Negative F_P -Bewertungen fanden sich nur als relative Bewertungen.

Tabelle 82: Absolute prospektive Bewertungen (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Bewertung
"Die sind auf einmal nur noch so, in einer <u>Seeligkeit</u> , dass man <u>das</u> merkt, wie viel <u>Gutes</u> man denen tut, wenn sie diesen körperlichen <u>Kontakt</u> haben."	F _P : positiv
"Eltern mit Namen ansprechen ist ganz ganz wichtig, und auch die Kinder mit <u>Vornamen</u> ansprechen .. den Kindern eine eigene Identität geben [...] dis hilft den Eltern auch, sich mit <u>ihrem</u> Kind zu identifizieren."	
"... und die gleichen Formulierungen, <u>das</u> ist auch so wichtig."	F _P : positiv
"Und manchmal ist es auch mit Eltern ganz gut, dass man einfach mal <u>nichts</u> sagt und einfach nur <u>da</u> steht und die Hand auf die Schulter legt oder ...[<i>atmet hörbar aus</i>] ... wenn beide eben halt betroffen in die Runde schauen."	
"Was die Eltern immer sehr schätzen, ist natürlich die Integration in die Pflege, und dis ist extrem wichtig." "Viele <u>sagen</u> das dann auch noch mal <u>explizit</u> , gerade so die ersten Tage, dass das so <u>wichtig</u> war, dass da jemand war, der <u>Zeit hatte</u> , und ... einfach immer die Fragen auch <u>drei</u> Mal beantwortet hat."	

Relative prospektive Bewertungen erfolgen durch zusätzliche Vergleiche. Die vergleichenden Bewertungen alternativer Einflussfaktoren (beziehungsweise Ressourcen) und resultierender Ist*-Zustände beziehen sich jeweils auf benannte Ziele. F steht für Faktoren, B für Bewertung.

Tabelle 83: Relative prospektive Bewertung (Professionelle), Beispiele

Textsegment (intragruppal)	F-Vgl.	Ziel	Ist*-Vgl.
"Oder ich geh halt zu meinem Arzt und sage: 'Mensch, vielleicht ist es besser, wenn <u>Du</u> mit ihnen redest?' - Vielleicht wollen sie gar nicht mit 'ner Schwester reden, sondern brauchen <u>noch</u> 'ne andere Autorität."	inter-personal	(S) Eltern (Zufriedenheit)	intra-personal
	B: F _{P(1)} positiver(?)		
"Solange das Kind sehr vital bedroht ist, versuchen wir eigentlich, unsere Meldungen auch eher ... <u>flach</u> zu halten. Das heißt, <u>zu</u> viel Hoffnung zu geben, dafür ist das Feld einfach auch mal zu <u>unsicher</u> ."	intra-personal	(S) Eltern (Befinden)	intra-personal
	B: F _{P(1)} positiver		
"Wenn es nachher darum geht, die Kinder sozusagen nur noch auf die Entlassung vorzubereiten, das geht einfach besser [...] auf der Station [Y], weil da auch die Möglichkeit besteht, dann Rooming-In zu machen. Das heißt, dass die Eltern, die Mütter nochmal mit aufgenommen werden können..."	inter-lokal	(S) Eltern (Vorbereitung)	intra-personal
	B: F _{P(1)} positiver		
"Wie zum Beispiel mit 'ner Mutter [...], wenn sie sich hier seit drei Monaten im Krankenhaus befindet, mal draußen Kaffee trinken zu gehen, weil sie da ganz anders <u>erzählt</u> und sich ganz anders <u>entlasten</u> kann, in einer ganz anderen Umgebung, was ja auch immer 'ne Rolle spielt, ja, als wenn wir jetzt neben dem Kind auf der <u>Station</u> stehen würden."	inter-lokal	(S) Eltern (Entlastung)	intra-personal
	B: F _{P(1)} positiver (implizit)		

Textsegment (intergruppal)	F-Vgl.	Ziel	Ist*-Vgl.
"Das ist ja wieder dieses Gefühl, womit ich manchmal arbeite, wo ich immer denke: 'Hm, irgendwas brütet der aus, oder irgendwie ist der nicht so richtig <u>fit</u> , macht immerzu 'ne Atem-pause, ich würd' ihn <u>lieber</u> gerne heute im Bettchen <u>liegen</u> lassen und ihn einfach lieber, glaube, heute <u>nicht</u> anfassen.'"	F_p/F_0	(S) Kind (Gesundheit)	intra- personal
B: F_0 positiver			
"Ich <u>behaupte</u> ja immer, dass die Frühcheneltern, die eine <u>lange</u> Krankenhauszeit hinter sich haben, viel <u>besser</u> in den Alltag vorbereitet starten können, also <u>nach</u> der Entlassung, als 'ne Mutter, die eben das <u>reif</u> geborene Kind ohne viel <u>Vorbereitung</u> bekommen hat."	F_p/F_0	(S) Eltern (Vorbereitung)	inter- personal
B: F_p positiver			

Relative Bewertungen finden in dem Wissen um die begrenzte Verfügbarkeit professioneller Einflussfaktoren (Ressourcen) statt:

Tabelle 84: Ressourcenverfügbarkeit (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Professionelle)	Ressource
"Zumal wir es ja häufig wirklich nicht wissen, wie sich das weiter entwickelt, also wir <u>müssen</u> das am Anfang zumindest oft ja noch offen lassen."	Wissen
"Gerade das Thema der <u>Prognose</u> der Kinder. Also vieles weiß man ja doch, aber das meiste weiß man ja <u>wirklich</u> nicht. Die Eltern möchten es aber gerne möglichst in einer ganz genauen Prozentzahl für ihr Kind titulierte haben."	
"Oder auch zu sagen: 'Es tut mir <u>leid</u> . Ich kann Ihnen da jetzt nicht helfen, und ich kann es jetzt nicht <u>ändern</u> . Die Situation ist jetzt so, und wir geben unser Bestes, aber ... <u>ja</u> , anders <u>geht's</u> jetzt halt nicht.' - Das ist natürlich schwierig, wenn Eltern dann immer wieder kommen und immer wieder auch einen <u>beschimpfen</u> , so was <u>passiert</u> einfach auch."	
"Da müssen wir nun versuchen, dafür sind wir nun <u>keine</u> ausgebildeten Psychologen, da sind wir teilweise hier damit überfordert, aber, aber dieses <u>Annehmen als solches</u> ist schon viel wert, eigentlich so."	Können
"Es gibt immer mal irgendwie oder irgendwas, wo man denjenigen nicht erreichen kann, das ist dann schade, aber (<i>seufzt</i>) ja, ausgebildete Psychologen sind wir <u>nicht</u> . Unter Zeitdruck stehen wir <u>alle</u> zusehends <u>auch</u> immer mehr, das wird ja dann auch nicht <u>besser</u> werden, auch nicht in den nächsten Jahren, <u>ist</u> einfach mal so."	
" <u>Eltern</u> gespräche sind auch wichtiger hier. Sind wesentlich wichtiger. Aber dennoch habe ich eine sehr begrenzte <u>Zeit</u> dafür."	
"Und ein Problem in den letzten Jahren, so seh' <u>ich</u> das zumindest, ist, dass wir die Liegezeiten zunehmend verkürzen."	
Textsegment (Eltern)	Ressource
"Dass sie es selber schon nicht mehr wissen, was sie <u>machen</u> sollen. Die Schwestern braucht man <u>gar</u> nicht fragen, davon haben sie <u>gar keine</u> Ahnung von diesem Coffein, was <u>er</u> kriegt."	Wissen

<p>"Irgendwo ist es auch unangenehm, wenn man so auf engstem Raum irgendwo miteinander zu tun hat, sprich auf der Intensiv- hier auf der Station, wo immer <u>mehrere</u> Betten in den Zimmern waren oder sind."</p> <p>"<u>Das</u> hätten sie anders machen müssen hier, find ich. Also <u>größer</u> hätte das alles sein müssen, auch mehr solche Rooming-In-Zimmer hier, weil die <u>Nachfrage</u> mal einfach auch so groß ist, wollen ja nun <u>doch</u> viele Eltern rein."</p>	Raum
---	------

Je nach Art des Vergleichs können hierbei jedoch unterschiedliche Bewertungen entstehen.

Tabelle 85: Gerechtigkeitsbewertung (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Professionelle Sicht)	Vergleich	Bewertung
<p>"Angenommen, <u>jedes</u> Elternteil möchte ein Gespräch von zwanzig <u>Minuten</u> am Tag. Das können Sie sich mal <u>ausrechnen</u>. Dann habe ich sehr viel <u>Überstunden</u> gemacht und nichts <u>gearbeitet</u>."</p> <p>"Und da hat man halt oft als Arzt immer das Problem, diesen Gesprächsbedarf zu <u>rechtfertigen</u>, die <u>Zeit</u>, die das auch in Anspruch nimmt, weil man eigentlich sieht, das Kind ist eigentlich gesund, in 'ner Woche geht das putzmunter nach Hause, währenddessen das <u>Nachbarkind</u>, was schwere Probleme hat, wo die Eltern eigentlich viel <u>mehr</u> Informationen <u>bräuchten</u>, oft dann im Verhältnis zu <u>kurz</u> kommt."</p>	intra-personal	positiv (bedarfs-gerecht) & negative Effizienzbewertung
	inter-personal	negativ (bedarfs-ungerecht)
Textsegment (Elternsicht)	Vergleich	Bewertung
<p>"Sicherlich ist es gerade hier in Berlin und hier . speziell vielleicht in <u>Neukölln</u> vielleicht auch schwierig, weil der Anteil an türkischen Leuten hier sehr hoch ist, ähm - <u>denen</u> gerecht zu werden, in irgend'ner Form, also das stell ich mir dann schon . also auch sprachlich, diese sprachliche Barriere, die da . ist, oder auch [...] die <u>religiöse</u> Barriere, also man sieht hier kaum . <u>Väter</u>, weil so von deren Seite ist das so absolutes <u>Frauenmetier</u>, glaub ich."</p>	intra-personal	negativ (bedarfs-ungerecht)

Die Vergleiche verschiedener Bewertungen alternativer Ist*-Zustände und Einflussfaktoren (Mittel / Ressourcen) erfordern komplexe Abwägungsprozesse:

Tabelle 86: Abwägung (Professionelle), Beispiele

Textsegment
<p>"...und dann gucke: Kann ich ihn damit alleine lassen? Kann ich ihn jetzt allein an diesem Kind stehen lassen? Oder <u>bleibe</u> ich einfach und leg ihm die <u>Hand</u> auf den Rücken und gebe ihm einfach 'n Gefühl - oder ist er so 'n ganz Taffer, der nur mal gucken wollte, wie es seinem Kind geht?"</p> <p>"Aber da <u>gehört</u> zu der Arbeit schon ein gewisses <u>Vorausdenken</u> immer <u>mit</u> dazu. Und auch <u>Möglichkeiten</u> abwägen und auch bestimmte Sachen mit aus der Berufserfahrung als auch aus dem, was man <u>lernt</u>, auch mit <u>ein-</u>zuschränken, was kann da jetzt 'ne <u>Rolle</u> spielen, und dem auch mal auf den <u>Zahn</u> zu fühlen: 'Ist es das.., ist es das <u>doch</u> nicht, oder kann ich das <u>verwerfen</u>, diesen Gedanken ..., oder muss ich den mit einschließen?' Ja, das ist schon 'ne Menge <u>Kopfarbeit</u>."</p>

Bestbewertung und Entscheidung: Abhängig von den Bewertungs- und Abwägungsergebnissen entscheiden sich Professionelle - teilweise unter Nutzung kollegialer Austauschprozesse und bei ausreichender Sicherheit - schließlich für die von ihnen bestbewerteten Zustände als neue (Teil-)

Ziele und beenden mit einer zusätzlichen Entscheidung über die Notwendigkeit eigener Regulationsbemühungen den Bedarfsfeststellungsprozess. Aus den Angaben kann geschlossen werden, dass eine Entscheidung für die Nutzung professioneller Faktoren umso eher fällt, je größer und sicherer die Ist*⁰- und Ist*^E-Soll-Diskrepanzen und je kleiner und sicherer die Ist*^P-Soll-Diskrepanzen sind (vgl. TP 2). Die folgenden Textbeispiele enthalten einige lediglich nutzenbezogene Bewertungen; jedoch sind implizite effizienzbezogene Bewertungen anzunehmen, welche im unmittelbaren Gesprächskontext³⁷ nicht geäußert wurden.

Tabelle 87: Bestbewertung und Entscheidung (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Bestbewertung)	Ziel
"Und dann <u>ansprechen</u> als nächsten Punkt, dass man hinget und sie anspricht, und das Beste ist, wirklich immer zu fragen: 'Wie geht's Ihnen?'. Meistens sind sie dann sehr, sehr ehrlich und sagen, 'Ja, geht so oder geht nicht so oder', ja(?)"	(S) Eltern k.A.
"Und das was am meisten unterstützend und hilfreich und angstreduzierend wirkt, das Kind <u>haben</u> , <u>halten</u> , <u>berühren</u> , <u>sehen</u> zu können."	(S) Eltern (Entlastung)
"Hier muss man mit den Eltern noch mal <u>reden</u> . Sobald wie möglich und vielleicht <u>gleich</u> , am besten, um zu sagen: 'Wieso jetzt 'ne neue Wohnung, was ist denn los, wie groß ist denn Ihre Wohnung?'"	(S) Eltern k.A.
Textsegment (bedarfsbezogene Entscheidung)	Teil-Aspekt
"Ich versuche <u>ihr</u> dann mit Blick auf das <u>Kind</u> zu erklären, warum ich denke, dass es <u>nicht</u> so gut ist. Wenn sie dann sagt: 'Ich will <u>unbedingt</u> ', dann gehe ich zu meinem <u>Arzt</u> . Das ist dann einfach so eine Entscheidung, wo ich dann sage, da möchte ich 'ne <u>Absicherung</u> haben."	Sicherheit
"Wir haben zusammen als <u>Team</u> [...] auch . Redebedarf, um über 'n Prozedere eines Kindes zu sprechen, über den Krankheitsverlauf oder über mögliche Entscheidungen, die kommen könnten."	Austausch

Eine Entscheidung kann auch für die Übergabe von Kontrollaufgaben an andere Personen getroffen werden; die Gesprächspartner(innen) nannten dies "Ab- oder Übergabe von Verantwortung" (vgl. auch Abschnitt 7.3.9). Die (baldestmögliche) Ab-, Über- oder Rückgabe übernommener Kontrollaufgaben an die Eltern der Patienten stellt aufgrund der eingangs beschriebenen Verantwortung ein übergeordnetes Ziel dar, welches letztlich - vermittelt über Zielhierarchien - auch zur Begründung des konkreten Unterstützungsbedarfs dient. Da diese "Übergabe"-Entscheidung von hinreichend sicherem Fremdvertrauen (vgl. Abschnitt 7.3.10) und damit auch von professionellen Bewertungen elterlicher Motivation (Abschnitt 7.3.6) und elterlicher Kompetenzen (Abschnitt 7.3.7) abhängt, bestehen professionelle Teilziele sowohl in deren Bewertung als auch in deren Unterstützung (Förderung).

³⁷ Wie bereits angemerkt, ist auch der prospektive Charakter der Bewertungen aufgrund der Form der Datenerhebung nicht offensichtlich, sondern kann nur rekonstruiert werden.

Tabelle 88: Ab-/Übergabe von Verantwortung (Professionelle), Beispiele

Textsegment
"Das realisieren die jüngeren Eltern eher nicht so, <u>oder</u> aber sie negieren das, das kann ja <u>auch</u> sein. Trotzdem muss man <u>die</u> natürlich auch speziell in ihrem Training, was Verantwortung anlangt und die auch eigenständig zu übernehmen, die muss man so n bisschen ' <u>pushen</u> ' manchmal."
"Ich denke [...], <u>jede</u> Frau will sich als Mutter fühlen, und das ist schon da, das Bedürfnis, und das ist einfach da, weil sie <u>nicht</u> das Gefühl <u>haben</u> , oder <u>viele</u> nicht haben. Sie haben nicht das Gefühl, dass sie wirklich <u>Mutter</u> sind. Und dann muss man es ihnen in so kleinen <u>Schritten</u> ... <u>ja</u> , ihnen so in die <u>Hand</u> legen."
"Sie hat die <u>Ausbildung</u> dafür, und sie ist in der Lage, mit Arzt und Schwester die Mutter anzulernen, und einzuschätzen: ' <u>Kann</u> sie es, kann sie es <u>nicht</u> (?)'. "Da lernen die Schwestern auch die Eltern an, wiederum, ne(?), wie das Trinken aus der Flasche <u>vonstatten</u> geht ... und worauf sie <u>achten</u> sollten ... und dass da auch Ruhe ist, wenn die Kinder gefüttert werden, dass die Mutter sich aufs <u>Kind</u> konzentriert, es beobachten lernt und damit auch wieder <u>kennen</u> lernt, ne(?), ein Stück weit mehr, und schon mehr <u>Verantwortung</u> übernimmt."
"Und <u>da</u> ist es eben unsere Aufgabe, sie durch Einlernen, Heranführen an das Kind, Übernehmen selbständiger Aufgaben, Vorbaden, Pflege des Kindes, <u>Einschätzung</u> des Kindes, eben Vorbereitung der möglich noch zu gebenden Medikamente, Einschätzung der Milchmenge und und und.... auch diese Sicherheit zu kriegen." "Ich denke, wir sind verantwortlich für die <u>Kinder</u> im Wesentlichen, und da müssen wir dann 'ne Lösung finden, dass wir keine Angst haben müssen, wenn das Kind nach Hause ginge, dass es dann auch irgendwie gefährdet ist. ... So sollte überhaupt die <u>Prämisse</u> sein, dass man sich dessen sicher ist. Hundertprozentig gibt's nicht, aber dass man wenigstens <u>weitgehend</u> sicher ist und sagt, jetzt hat man alles gemacht."
"So gegen Ende des Aufenthaltes [...] ist dann nicht mehr so wichtig, wie viel die Kinder <u>zugenommen</u> haben und all die Dinge, sondern da geht's dann mehr wirklich um die Pflege, und darum, dass die Eltern immer mehr Verantwortung selber übernehmen."
"Ich bin ja auch sowieso jemand, der <u>versucht</u> , Verantwortung abzugeben, weil ich gar nicht <u>einsehe</u> , dass <u>ich</u> alles machen oder können muss. Es gibt so viele gute Leute, und es gibt so viele Leute, die können das vielleicht viel <u>besser</u> wie ich. Warum muss <u>ich</u> das machen?"
"Ich bin so für die <u>Vorbereitung</u> auf das, was irgendwann mal kommt, ganz wichtig, aber ich bin irgendwann an einem Punkt, wo ich dann abgebe. Und dass <u>dann</u> ab einem gewissen Punkt <u>andere</u> Leute einspringen."

Neubeschreibung, Neubewertung, Neuentscheidung: Neuentscheidungen können sich auf Mittel und/oder Ziele beziehen und setzen die vorherige Akzeptanz (vgl. Abschnitt 7.3.5) der jeweiligen Nichterreichbarkeit gesetzter Ziele voraus. Zielbezogene Neuentscheidungen erfordern überdies Prozesse der Zielablösung und Zielneufindung.

Tabelle 89: Neubewertung / Neuentscheidung (Professionelle), Beispiele

Textsegment	Teil-Aspekt
"Und was, glaube ich, ganz wichtig ist, dass man das <u>Angebot</u> sehen muss, für <u>alle</u> Beteiligten, für die Eltern wie auch für die Versorgungsschwester. Wenn die Eltern überhaupt keine Betreuung <u>wollen</u> , dann muss man das auch akzeptieren."	Akzeptanz Zielablösung

<p>"Es gehören immer zwei Eltern dazu, ... dass man also <u>schon</u> versucht, beide zusammenzukriegen. ... Aber wir müssen das halt auch akzeptieren, also hatten wir ja letztens erst, wo die Mutter nur hinzukam und der Vater gar nicht, und sich im ersten Gespräch also rausgestellt hat, und das haben wir dann auch eingesehen, ja, er ist halt arbeiten gegangen, hat der Mutter den Rücken frei gehalten, damit sie täglich in die Klinik kommen kann."</p>	<p>Akzeptanz Zielablösung</p>
<p>"Und so kann das natürlich passieren, dass ich <u>punktuell</u> erst mal abgelehnt werde. Und dann muss ich's andersrum ... vielleicht noch <u>mal</u> versuchen, wenn ich erkenne, dass das ein Bedarf ist."</p>	<p>Neuentscheidung (Ressourcen)</p>

Diskussion (Professionelle):

Verantwortung im Hinblick auf Gesundheit und Hilfeleistungen steht beispielsweise nach Niehoff (1995: 223ff) in Verbindung zu sozialen Wertsystemen und wird in individuelle, gesellschaftliche und staatliche Verantwortung als drei einander ausschließende Bereiche unterteilt. Für die Zuweisung von Verantwortung existiere weder ein wissenschaftliches Theorienkonzept noch eine spezifische professionelle Kompetenz; das Thema der Verantwortung für die Gesundheit werde in der öffentlichen Debatte in vielerlei Hinsicht kontrovers diskutiert.

Im bedarfstheoretischen Kontext verwies bereits Boulding auf eine berufsbedingte Verantwortung, ein hieraus resultierendes Kontroll- beziehungsweise Regulationsbestreben sowie die Notwendigkeit aktueller Zustandsbewertungen (unter Nutzung von Kriterien): "Der Fachmann definiert ein bestimmtes Befinden seines Klienten und seiner Umwelt als den 'gesunden Zustand', an dessen Erhaltung er berufsmäßig interessiert ist." (1978: 28). Die Relevanz von Normen für die Bedarfsbestimmung unterstrich auch Bradshaw (1972) mit der Kategorie "Normativer Bedarf" und erwähnte zugleich die Relativität des zugrunde gelegten Maßstabs.

In dem von Heckhausen (1989: 301f) vorgestellten Schema eines Motivationsmodells für Hilfeleistung wird - im (graduellen) Unterschied zu dem hier untersuchten Feld - Hilfehandeln in für den Helfer unvorhersehbaren Notsituationen beschrieben. Dennoch stellen auch dort sozial zugeschriebene Verantwortlichkeit und erlebte Selbstverantwortlichkeit und die mit diesen verbundenen sozialen und persönlichen Wertnormen Wertwissen dar, anhand dessen Selbst- und Fremdbewertungen erfolgen. Obwohl ein durch berufliche Verpflichtungen begründetes Hilfeverhalten nach Bierhoff (2002: 320f) weder altruistisches noch prosoziales Verhalten darstellt, werden das Konzept der (sozialen) Verantwortung sowie normative und auch nutzen- und kostenbezogene Überlegungen in ähnlicher Weise thematisiert. Der Einfluss sozialer Normen sowie personeller und situativer Faktoren auf prosoziales Verhalten wird auch von Hartung (2000: 155ff) beschrieben. Ein von Schwartz und Howard 1981 vorgestelltes Prozessmodell altruistischen Handelns bildet die Perspektive einer potenziell helfenden Person in fünf aufeinander folgenden Phasen oder Schritten ab (Hartung 2000: 165f, Bierhoff 2002: 338f) und beinhaltet ebenfalls Aspekte wie Aufmerksamkeitsausrichtung, Erkennen einer Notlage, Einschätzung eigener Kompetenzen, persönliche Verantwortung, Kosten- und Nutzen-Abschätzung und -Vergleich, Umdeutungen und Neubewertungen.

Werte zur "Regulierung der medizinischen Versorgung" sind nach Niehoff (1995: 250ff) in Rechtsnormen und ethischen Prinzipien verankert. "Bedarfsgerechtigkeit" als eine im SGB V (§ 70) juristisch gesetzte Norm wird beispielsweise im Gutachten des SVR 2000/2001 diskutiert. Niehoff nennt Prinzipien wie soziale Gerechtigkeit, Adäquanz und Effizienz und hebt hervor, dass Gerechtigkeit und Adäquanz keinesfalls Gleichheit bedeuten. Auch in den von Müller und Hassebrauck (1993: 220) erörterten Gerechtigkeitstheorien wird zwischen Gleichheit (als Gleichaufteilung) und Billigkeit (als bedürfnisorientierte Aufteilung) unterschieden. Auf die zur Feststellung von "Bedarfsgerechtigkeit" nötigen Vergleiche verwies bereits Bradshaw mit der Formulierung "Comparative need" (siehe Abschnitt 2.7.1). Die Verbindung ethischer und ökonomischer Bewertungskriterien unterstreicht Langer in seiner Diskussion professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit: "Aus ethischer Sicht ist es nicht nur unklug, sondern moralisch unverantwortlich, knappe Ressourcen ineffizient einzusetzen." (2005: 171f). Niehoff weist darauf hin, dass der durch die benannten Prinzipien vorgegebene Entscheidungsrahmen letztlich individuell genutzt wird und professionelle Entscheidungen daher auch von individuellen Präferenzen mitbestimmt werden (1995: 268f).

Übergeordnete Ziele professioneller Elternarbeit sind Schmelzer (1999) zufolge Autonomie und Selbstverantwortung; Ziele im neonatologischen Kontext wurden im Abschnitt 2.6 genannt. Kleinbeck stellt heraus, dass gemeinsame Handlungsziele von Gruppen zur Zielerreichung Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern erfordern (2006: 271). Folglich wäre auch die mehrfach genannte Methode "kollegialer Austausch" als zur Zielerreichung notwendige Interaktion zu verstehen. Zielbeziehungsweise Chancen- und Risikohierarchien werden perspektivenübergreifend diskutiert.

Nur positive F-Bewertungen erlauben es, die jeweiligen Einflussfaktoren tatsächlich als Ressourcen zu bezeichnen. Differenziertere Betrachtungen zeigten, dass nicht Zustandsmerkmale selbst, sondern insbesondere deren Ausprägungsgrade für diese Bewertungen ausschlaggebend sind (vgl. auch Abschnitt 2.4.3). Aufgrund der vorgestellten Zusammenhänge wird außerdem deutlich, dass negative Ist*-Bewertungen ("Risiko"/ "Gefahr"/ "Soll-nicht"-Zustände) einer Bewertung als "drohender Ressourcenverlust" entsprechen (vgl. Hobfoll/Buchwald 2004: 13). Dies zeigt zugleich, dass die von Raspe und Kollegen (2003) als Bedarfsaspekt bezeichnete "Risikoarmut" (vgl. Abschnitt 2.7) ein weiteres Bewertungskriterium darstellt.

Effektivitäts- und Effizienzbewertungen werden nicht nur zur individuums-, sondern auch zur populationsbezogenen Bedarfsfeststellung genutzt (z.B. Jotzo 2004). Die "Effektivitätsmethode" (vgl. Schwefel et al. 1978) wurde im ersten Teil dieser Schrift als Methode zur Feststellung populationsbezogenen Bedarfs genannt. Auch Raspe und Mitarbeiter (2003) sowie Fuchs (2003) unterstrichen, dass das Vorliegen eines Bedarfs erst abschließend festgestellt werden kann, wenn effektive Methoden existieren. Die "Ermittlung der Kosten und des Nutzens" sowie des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag ist auch Gegenstand der Versorgungsökonomie (Pfaff 2003: 18) und dient hier dazu, Entscheidungen insbesondere über die künftige Bereitstellung finanzieller Ressourcen treffen zu können. Auch Diagnostik müsste, sofern sie der Bedarfsfeststellung dient, neben der Bewertung der aktuellen Situation bewertende Aussagen zur Effektivität und Effizienz potenzieller Interventionen beinhalten. Effi-

zientzbewertungen spielen im Motivationsmodell für Hilfeleistung in Form von Kosten- und Nutzenüberlegungen (als Anreize vorweggenommener Folgen) ebenfalls eine zentrale Rolle für die Handlungsplanung (Heckhausen 1989: 302). Sie sind zwar im Überblicksmodell zu den Determinanten motivierten Handelns nicht explizit ausgewiesen, jedoch als Bewertungsaspekte in den drei als Erwartungen bezeichneten Kognitionen enthalten (Heckhausen/Heckhausen 2006: 5). Die Diskussion zu den Prozessen der Abwägung und Entscheidung, zur Über-/Abgabe von Verantwortung beziehungsweise Kontrollaufgaben und zur Neubeschreibung, -bewertung und -entscheidung wird perspektivenübergreifend geführt. Dass nicht nur einfache Ursache-Wirkungs-Beziehungen, sondern auch Wechselwirkungen und Rückkopplungseffekte existieren, erwähnte auch Pfaff in Bezug auf das Gesundheitsversorgungssystem (2003: 15).

Eltern:

Verantwortung: Elterliche Gesprächspartner(innen) verwiesen zur Begründung ihrer Informationssammlung und -auswertung mitunter ebenfalls auf bestehende (und teilweise umfangreiche) Verpflichtungen³⁸. Die neu entstandene Verantwortung (Elternrolle; vgl. Abschnitte 2.3.1 und 7.3.9) wird jedoch vor allem zum Beginn des Klinikaufenthalts in unterschiedlichem Ausmaß emotional ("Muttergefühl") erlebt.

Tabelle 90: Verantwortung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Die ist ja nun <u>auch</u> noch in meinem Haushalt, die Dreizehnjährige, und jeden Tag koche ich und bringe sie zur Schule und hole sie ab, also man hat ja <u>auch</u> irgendwo seine Verpflichtungen."
"Die erste Zeit war es <u>so</u> gewesen, da konnte man ... also war mir nicht danach, dass ich jetzt <u>Mutter</u> bin. Ja(?), die erste Zeit. Weil man einfach diesen <u>Bezug</u> nicht hatte, da lag er in diesem Inkubator da drin, na ja, ein bisschen anfassen und so, aber dass das nun mein Sohn ist, das war mir damals, zum Anfang, <u>nicht</u> bewusst gewesen."
"So dass man endlich mal merkt, dass man auch wirklich Mutter <u>ist</u> , ne(?). Das hat man zum Anfang, also hab <u>ich</u> das gar nicht so gehabt, so realisiert, dass man eigentlich Mutter ist. Wenn man diesen Bezug - man ist da rein, Kaiserschnitt, raus, und das <u>war</u> es denn."
"Da hat meine Mutter mich <u>gratuliert</u> und gesagt: 'Herzlichen Glückwunsch.'. Aber das war mir einfach noch nicht <u>bewusst</u> gewesen, dass ich jetzt selber <u>Mutter</u> bin. Aber so langsam <u>kommt</u> es doch, aber es ist noch nicht <u>völlig</u> da. Da <u>fehlt</u> irgendwas. Das braucht <u>auch</u> noch ein bisschen Zeit."
"Hier hat man eben noch dieses Bemuttern, weil dieses Muttergefühl ..., man will das Kind bemuttern und beschützen und muss aber <u>gehen</u> . Also das finde ich emotional hier auch noch mal eine besondere Belastung."

³⁸ Differenziertere Angaben hierzu sind in der Tabelle "Ressourcenverfügbarkeit" (s.u.) zu finden.

"Ich will unbedingt se zu <u>Hause</u> haben. Einfach für ihr <u>da</u> sein. Weil, hier im Krankenhaus kann ich ja nicht all- zu viel für ihr <u>machen</u> . Und das tut mir dann <u>schon</u> ein bisschen weh, wenn man nicht so viel machen kann, weil, die <u>Schwestern</u> machen ja alles für ihr, und so, da fühle ich mich <u>schon</u> ein bisschen <u>vernachlässigt</u> , als ei- gene Mutter für das Kind nicht so oft <u>da</u> zu sein und so. Das ist nicht gerade einfach."
"Irgendwo ein gewisses <u>Abnabeln</u> ist das wieder. Und nicht dieses Abnabeln halt: Kind von den Eltern irgend- wann, sondern ich glaube, wir müssen uns echt von diesem Krankenhaus hier abnabeln irgendwo."
Textsegment (Professionelle)
"Manche Mütter wissen einfach gar nicht, dass sie schwanger sind. Auch ein Punkt. Die kommen halt mit <u>Bauchschmerzen</u> hierher und kriegen dann irgendwann ein Kind präsentiert. Die, manche brauchen 'ne Weile, um sich damit zu arrangieren, und für die ändert sich die komplette <u>Welt</u> . [...] Diese <u>ungewollten</u> Schwanger- schaften, die das irgendwie gar nicht <u>wollten</u> und dann irgendwann mit diesem Kind konfrontiert werden und sich dann damit ja erstmal auseinandersetzen, die machen sich gar keinen <u>Blick</u> , ob der Zustand des Kindes <u>kri- tisch</u> ist oder ob der <u>gut</u> ist, sondern die haben mit sich <u>selber</u> zu tun."
"Aber oft <u>hat</u> man das so, dass man eben das Gefühl, dass es eben nicht bloß der Inkubator ist, der da steht, und die Trennung eben dadurch ist, dass da diese <u>Plexiglashaube</u> ist, sondern einfach, dass die gar nicht das realisie- ren, dass das jetzt <u>ihr Kind</u> ist, was da drin liegt."
"Dann kommen dabei natürlich auch <u>Fragen</u> : 'Kann ich denn und was ist denn jetzt, wo krieg ich denn, und so.' Das <u>entsteht</u> , die Verantwortlichkeit der Eltern entsteht im Laufe der Zeit, und dann kommen auch die Fragen vermehrt."
"Damit zwingt man natürlich auch die Eltern mehr und mehr schon frühzeitig in eine Position, wo sie das eigen- verantwortlich übernehmen müssen. Und das ist schon 'ne Belastung, die nicht alle .. gleich gut 'handeln'. Man- che fordern die <u>ein</u> , die <u>wollen</u> das früh haben; andere sagen: 'Ach bloß nicht, Hilfe, da ist doch noch, da <u>könnte</u> doch' und so weiter."

Inhalt und Ausmaß dieser selbst wahrgenommenen Verantwortung bestimmen auch die Verbindlich- keit kollektiver und individueller Werte. Als kollektiv geteilte Werte erweisen sich vor allem Selbst- ständigkeit, Effizienz und Gerechtigkeit. Am Beispiel der Selbstständigkeit (Autonomie, Präferenz für die Nutzung interner Ressourcen) werden deren Auswirkungen auf Bewertungen und Erleben verdeut- licht:

Tabelle 91: Selbstständigkeit (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Andere Unterstützung im Moment brauch' ich, braucht man zurzeit noch nicht. [...] Ich habe im Moment mei- ne Eltern, meine Freunde, meinen Freund, und die <u>reichen</u> mir jetzt erst mal, um mich wieder aufzufangen, wenn's mir mal nicht so gut geht. Deswegen. Also von der Klinik, m-m [<i>verneinend</i>]."
"Man hat ja dann immer so den Anspruch: 'Na ja, zu Hause hilft mir <u>auch</u> keiner, wenn es zu <u>Hause</u> so wäre, und ich erkältet wäre oder irgendwas, wäre es ja <u>auch</u> nicht anders.'"
"Hier ist es nicht mehr so das Problem, hier muss ich nicht jeden Tag wissen, wie viel wiegt mein Kind, hier kann ich <u>selber</u> machen ..., ne(?)."

Textsegment (Professionelle)	Erleben
"In so einer, ja <u>unruhigen Hilfllosigkeit</u> hm, viel so unter dem Motto: 'Ich fühl mich jetzt so, als könnte ich nichts tun ...und muss doch aber aktiv werden.'"	Unruhe Hilfllosigkeit
"Und die setzen sich dann unheimlich unter <u>Druck</u> , weil sie dann natürlich das Gefühl haben, dass das Einzige, was sie jetzt machen können, <u>auch</u> nicht funktioniert."	
"Macht sich die Mutter jetzt ganz <u>mürbe</u> , setzt sie sich psychisch unter Druck und will unbedingt .. also stillen, stillen, stillen(?)" "Weil sie denn so erwartungsvoll ist... Und dann sind Eltern oftmals enttäuscht, wenn das nicht sofort klappt mit dem Stillen, und das Kind es auch gar nicht annimmt."	Belastung Enttäuschung

Die folgenden Beispiele veranschaulichen darüber hinaus individuell unterschiedliche elterliche Wertsetzungen (vgl. auch Abschnitt 7.7):

Tabelle 92: Individuelle Wertsetzungen (Eltern), Beispiele

Textsegment	Merkmal
"Bei meinem Freund ist es anders, der will ja alles ganz <u>genau</u> wissen [...] also wir hatten mal den Fall zwischendrin [...] wo ich, glaub ich, gesagt hätte, ich will's <u>gar</u> nicht so genau wissen, was ... <u>er</u> aber wirklich drauf gedrungen hat [...] ich glaub, da hat jeder so seine unterschiedliche ..."	Informations-relevanz
"Das ist auch ... ähm für <u>manche</u> Eltern noch wichtiger als für <u>andere</u> sozusagen, also dieses auf einen Zukommen, weil ich glaube, ich hätt' jetzt <u>nicht</u> so Probleme, auf die Ärzte zuzugehen oder so was, aber ich denk mal, da gibt's natürlich noch größere Berührungsängste."	Relevanz aktiver Kontakt-herstellung
"Es ist <u>schon</u> wichtig, muss ich sagen, dass man so auch <u>unter</u> den Eltern so ein bisschen Kontakt hat, also - je nachdem, wer es <u>sucht</u> und wer es <u>braucht</u> ."	Kontaktrelevanz

Auch elterliche "Soll"- und "Soll-nicht"-Vorstellungen stehen in hierarchisch-sequenziellen Beziehungen zueinander, so dass ebenfalls von Chancen- und Risikohierarchien gesprochen werden kann. "Soll-nicht"-Vorstellungen stehen in Verbindung zur Bewertung "drohender (Ressourcen-) Verlust".

Tabelle 93: Chancen- und Risikohierarchien (Eltern), Beispiele

Textsegment (Positivbewertung)	Chance 1 → Chance 2	
"Ich habe sie ja schon auf'm <u>Bauch</u> gehabt, da auf der Brust, aber ich will sie auch mal richtig auf den <u>Arm</u> nehmen, aber da ist sie noch ein bisschen zu klein dafür [...] Ich will sie auch dabei <u>sehen</u> . Wenn sie hier druff liegt, dann seh' ich sie ja nicht."	(P) Selbst (Kontakt, körperlich)	(P) Selbst (Kontakt, visuell)
"Wir haben auch noch gar nicht nachgefragt, weil, wir wollen erst mal abwarten, dass sich der Zustand von ihr richtig stabilisiert, weil, die muss ja noch <u>zunehmen</u> , weil, die wiegt ja noch nicht allzu viel. Ich weiß <u>bloß</u> , dass man sie erst rausholen kann, wenn sie zweitausend, zwei-fünf wiegen tut."	(S) Kind (Gewichtszunahme)	(P) Selbst ("rausholen" / Entlassung)

"Das ist <u>schön</u> , wenn man auch mit den Eltern so ein bisschen in Kontakt kommt, weil dann hat man das Gefühl, man ist nicht so <u>alleine</u> [...], dass man mit den <u>Eltern</u> so ein bisschen, ja ... manchmal hm kann man auch ... <u>unter</u> den <u>Eltern</u> sich Tipps weitergeben, die einem <u>helfen</u> ."	(S) Eltern (Kontakt)	(S) Eltern (Hilfe / Unterstützung)
Textsegment (Negativbewertung)	Risiko 1 → Risiko 2	
<i>bezogen auf Stillversuche:</i> „Die Schwestern meinten auch so, wenn man das nicht kontinuierlich macht, dann kann es auch sein, dass die Milch irgendwann versiegen wird.“	(P) Selbst (Dis- kontinuität)	(P) Selbst (Verlust)
"Und da muss man einfach wahnsinnig Vertrauen irgendwo gewinnen, damit man zu Hause nicht Amok läuft irgendwann."	(P) Selbst (Vertrauen ↓)	(P) Selbst (Belastung ↑)
"Meine Schwiegermutter hat mir nun schon Angst gemacht, dass wir kein <u>Erziehungsgeld</u> mehr kriegen, erst ab <u>Antragstellung</u> ."	(P) Selbst (Verzögerung)	(P) Selbst (Verlust)

Da elterliche Zielvorstellungen Beschreibungen nicht nur angestrebter Zustände, sondern auch zur Zielerreichung nötiger Ressourcen beinhalten, beeinflussen sie sowohl Ist*- als auch F-Bewertungen.

Absolute prospektive Bewertungen waren teilweise bereits in den im Abschnitt 7.5.5 vorgestellten Textbeispielen enthalten; diese werden nachfolgend ergänzt. Negative Ist*-Bewertungen können beispielsweise aus antizipierter Abhängigkeit oder (erwarteter) negativer Fremdbewertung entstehen. Negative F-Bewertungen ergeben sich, wenn die jeweiligen Einflussmöglichkeiten als nicht effektiv zur Erreichung gesetzter Ziele bewertet werden (vgl. auch Tabelle 96). Einige Textsegmente enthalten auch Beschreibungen des mit den Bewertungen verbundenen Erlebens.

Tabelle 94: Absolute prospektive Bewertungen (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)	Bewertung
<p>"Und davor habe ich Angst, dass da irgendwas passieren kann, könnte, weil sie noch so <u>klein</u> ist. Weil, ihre <u>Haut</u> ist so dünn, die Knochen sind so <u>weich</u>."</p> <p>"Zum Beispiel mit <u>Gehirn</u>blutungen oder dass sie nicht, dass sie wieder <u>zurück</u>fällt, weil jetzt atmet sie ja schon alleine, und jetzt habe ich Angst, dass sie wieder <u>zurück</u>fällt [...], dass sie wieder <u>beatmet</u> werden muss."</p> <p>"In der vierundzwanzigsten Schwangerschaftswoche ist ja die Chance doch nicht <u>sehr</u> groß. Und da habe ich <u>schon</u> Angst gehabt. Und auch schon <u>geheult</u> und so."</p>	F ₀ : negativ (Angst)
<p>"Es gibt ja wirklich Sachen, wo man selber so, ja bei Frühchen, bei Mehrlingsgeburten, ja äh, <u>denk</u>' ich an alles(?), mit Ämtern, was <u>kann</u> ich alles machen(?), wo sind die <u>Möglich</u>keiten(?), und da ..., wenn man dann für sich <u>selber</u> alles 'rausfinden muss ..., das ist dann schon viel <u>Arbeit</u>."</p> <p>"Da hat man Angst, irgendwas vergisst man ähm, ja, ich <u>weiß</u> von manchen Sachen nicht, und die <u>Zeit</u> ist nicht da, um sich da zu <u>erkundigen</u>, und da hat man halt Angst, dass man, ja, das geht irgendwie <u>verloren</u>."</p>	F _E : negativ (Belastung, Angst)

<i>familiäre Unterstützung:</i> "Ich bin nicht die Natur, die sich da <u>irgendwie</u> aufdrängt. Ich möchte nicht von <u>irgendjemand</u> abhängig sein. Und anderes."	$F_E \rightarrow \text{Ist}^{*E}$: negativ
"...dass hier einer unser <u>Kind</u> klaut, weil das ist ja hier teilweise alles hier recht <u>offen</u> , und wenn das Kind da vorne im Zimmer <u>drinne</u> liegt, und die Schwester vielleicht gerade irgendwo <u>beschäftigt</u> ist, und gerade in der Nacht passt da keiner, sage ich mal, die können ja nicht auf alle Kinder die ganze Zeit stieren, und in <u>jedes</u> Zimmer ständig gucken, ob noch alle <u>Kinder</u> da sind. [...] Und dann dachte ich auch so [<i>leise</i>]: 'Na ja, wenn der das Kind mitnimmt, in die Türkei einfach, dann ist er <u>weg</u> , und unser <u>Kind</u> <u>auch</u> .' [<i>lacht</i>]"	$F_P \rightarrow \text{Ist}^{*P}$: negativ (Unsicherheit)
"Wahrscheinlich die <u>anderen</u> Gedanken: 'So, jetzt habe ich <u>beide</u> zu Hause, <u>schaff</u> ich das überhaupt mit beiden(?)' [...] Ich denk mal, ich geh da <u>schon</u> auch ganz locker <u>ran</u> , also ich lass das auf mich zukommen, aber man macht sich ja so, im Unterbewusstsein, man arbeitet <u>doch</u> mit dem Kopf."	$F_E \rightarrow \text{Ist}^{*E}$: positiv(?) (Unsicherheit)
Textsegment (Professionelle)	Bewertung
" <u>Damit</u> bleibt natürlich der Bedarf der <u>Eltern</u> , wer kümmert sich um <u>mich</u> jetzt, vielleicht ist es auch ein guter <u>Angehöriger</u> , aber die sind ja auch meistens sehr <u>ratlos</u> in solchen Situationen ... und haben <u>wenig</u> intensives Verständnis da für Eltern und können wenig <u>gezielt</u> dann auch reingehen."	F_E : negativ (Hilflosigkeit)
"Ob die Mütter vorher ganz lange liegen mussten, sich mit 'ner kleinen Woche auseinandersetzen mussten, schon mal vorher hier waren, sich das <u>angeguckt</u> haben, also eine innerliche Auseinandersetzung schon hatten, die können mit Sicherheit auch leichter erstmal damit umgehen, wenn sie 'ne kleine Woche zur Welt bringen."	F_E : positiv (Sicherheit)

Relative prospektive Bewertungen beziehen sich auf alternative künftige Zustände und Einflussfaktoren. F steht wieder für Faktoren, B für Bewertung.

Tabelle 95: Relative prospektive Bewertungen (Eltern), Beispiele

Textsegment (intragruppal)	F-Vgl.	Ziel	Ist*
"Das ist wirklich angenehmer, doch, immer <u>sofort</u> informiert zu werden."	intra-personal	(P) Selbst (Befinden)	intra-personal
	B: $F_{P(1)}$ positiver		
"Wenn man so mit Außenstehenden redet, also ob nun der normale Freundeskreis, Bekannte, Verwandte oder so, das ist immer so dieses, so: 'Um Himmels willen, und Au weia, und Ach, und wie schlimm'. - Ja, und wenn man dann hier halt redet, so mit den Leuten, die selber betroffen sind, das sind einfach <u>andere</u> Dialoge. Weil, da muss man <u>gefühlstechnisch</u> nichts erklären, sondern man versteht sich einfach."	inter-personal	(P) Selbst (Verstanden werden)	intra-personal
	B: $F_{E(1)}$ positiver		
"Wenn jetzt meine Familie nicht wäre oder so, <u>alleine</u> so 'ne Situation zu bewältigen, könnte ich mir <u>gar</u> nicht vorstellen. Weil, hier in der Klinik, ist ja klar, dass man hier keinen hat."	inter-personal, interlokal	(P) Selbst (Bewältigung)	intra-personal
	B: $F_{E(1)}$ positiver		

Textsegment (intergruppal)	F-Vgl.	Ziel	Ist*
"Okay, wenn es jetzt eine Komplikation gibt, ist es besser, sie operieren ihn ... als, man kann es natürlich nicht so lassen."	F_p/F_0	(S) Kind (Gesundheit)	intra-personal
B: F_p positiver			
"Solange ich im Krankenhaus bin, denke ich mir, wenn er halt jetzt <u>nicht</u> so trinken würde, und nicht so an Gewicht <u>zunehmen</u> würde, dann könnten die das hier noch <u>besser</u> überwachen als ich zu <u>Hause</u> ."	F_p/F_E : interpersonal, interlokal	(S) Kind (Überwachung)	intra-personal
B: F_p positiver			

Das mit den prospektiven Bewertungen verbundene elterliche Erleben wurde sowohl von elterlichen als auch von professionellen Gesprächspartner(inne)n thematisiert. Da es bereits in verschiedenen Textbeispielen veranschaulicht wurde, wird es hier nicht separat aufgeführt.

Relative Ist*-Bewertungen finden mit Wissen um begrenzt verfügbare elterliche Ressourcen sowie um weitere Verpflichtungen statt.

Tabelle 96: Ressourcenverfügbarkeit (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Und es <u>kommt</u> einfach nichts. Und ich, und dadurch kann ich ja meine <u>Tochter</u> nicht ernähren." "Zur Zeit wird's ja von 'ner <u>ander'n</u> .. Muttermilch ernährt, und nicht durch .. <u>meine</u> , weil nichts rauskommt."
"Und dann im Hinterkopf hat, ja, ich will jetzt stillen, ich will Milch [...] Und man soll sich ja auch keinen Stress machen, oder sich unter Druck setzen, also da hat man schon voll zu tun, also da ist man eben an die <u>Ma-</u> <u>schine</u> gebunden, alle drei Stunden oder alle zwei Stunden [...] und zwischendurch <u>sollte</u> man eigentlich auch mal <u>schlafen</u> , also das reduziert sich dann auch so auf drei Stunden am Tag ... und dann die Fahrerei, und dann der <u>Große</u> , der hat ja auch . seine gesellschaftlichen Verpflichtungen, sprich <u>Sportverein</u> und <u>Freunde</u> , die er sehen will, also das ist dann schon 'ne ziemliche .. Herausforderung."
"Wenn ich zwei Mal komme, sind es halt zwei Stunden, die man im <u>Auto</u> verfährt, und dann so sieben Mal abpumpen á fünfzehn Minuten, Vorarbeit, Nacharbeit, also da kommen dann schon ein <u>paar</u> Stunden <u>zusammen</u> . Und so zwischendurch ja eben halt auch noch <u>andere</u> Dinge zu tun, ne(?); ich mein', Wäsche muss gewaschen werden, der Kühlschrank muss nachgeräumt werden, man sollte sich auch mal Zeit nehmen für's <u>große</u> Kind."
"Dass ich <u>alleinerziehend</u> bin mit dem Kind, und dass es gar nicht <u>gewährleistet</u> ist, und kann ich mir auch gar nicht leisten, jeden Tag <u>hierher</u> zu kommen. Wenn das auch die <u>Schwestern</u> und <u>Ärzte</u> wollen, aber das <u>geht</u> gar nicht."
"Dann hat man selber die <u>Zeit</u> nicht dazu, sich zu <u>kümmern</u> [...], mal da <u>anzurufen</u> oder ... der ganze Tag ist ja so <u>ausgefüllt</u> , ja, und hierher kommen, ins <u>Krankenhaus</u> , sich um die <u>Kinder</u> kümmern, dann hat man ein Kind zu <u>Hause</u> zu versorgen, <u>Haushalt</u> machen und .., also es ist wirklich 'n voller <u>Tag</u> dann, ne(?)."
"Die meiste Zeit war <u>ich</u> halt hier. Und <u>er</u> kommt uns dann immer nur <u>abholen</u> , ne(?). Na ja, er hat auch sehr viel selber zu tun mit seiner Firma und alles, ja, ne(?), der Papa."

Textsegment (Professionelle)
"Das ist also bei vielen, gerade so unsere <u>ausländischen</u> Familien, die eben <u>mehrere</u> Kinder schon zu <u>Hause</u> haben." "Wie kriegen die das mit der familiären Situation im Rahmen der ganzen <u>Großfamilie</u> hin, oder überhaupt, wer kümmert sich dann um meine Kinder [...]. Das sind auch <u>eher</u> mal Eltern, die vielleicht <u>nicht</u> so lange hier bleiben, oder Mütter, sondern die dann von zu Hause immer wieder mal tag-täglich kommen. Heißt nicht, oder will nicht heißen, dass sie sich weniger drum kümmern, aber die müssen eben auch noch <u>andere</u> Verpflichtungen wahrnehmen." "...dass eben jemand, der vielleicht schon drei Kinder zu Hause hat und noch 'n Kleines möglicherweise, gerade erst mal ein Jahr oder anderthalb Jahre, so dass man das dann auch nicht so einfach in die Ecke stellen kann. Sondern dass man sich da eben auch drum kümmern muss, und damit, wohl wissend, dein Herz zerreißend, dann vielleicht hier nicht herkommt oder eben weniger herkommt, aber das eben nicht anders lösen kann."

Das elterliche Bestreben, mehreren Verpflichtungen (Verantwortungen) mit begrenzt verfügbaren Ressourcen gerecht zu werden, erfordert F-Bewertungen anhand der Norm der (Ressourcenverteilungs-)Gerechtigkeit. Unterschiede zwischen professionellen und elterlichen Bewertungen sind aufgrund unterschiedlicher Verpflichtungen erklärbar.

Tabelle 97: Gerechtigkeitsbewertung (Eltern); Beispiele

Textsegment (Eltern)	Perspektive	Bewertung
"Eigentlich will man so ein bisschen mehr seine Ruhe haben, oder auch für sein <u>Kind</u> hier Ruhe haben, aber <u>andererseits</u> kann ich das denen ja nicht <u>verbieten</u> . Ich kann ja nicht sagen: 'Ja, hier, Ihr könnt hier nicht mit fünfzehn <u>Mann</u> ankommen und Euch Euer <u>Kind</u> angucken.' [...] Aber irgendwie kam mir das so vor: 'Na ja, bei den Türken <u>ist</u> das halt so.', und da wird das halt so <u>hingenommen</u> , und bei <u>uns</u> - ja, da <u>sagt</u> man dann was."	Eltern	F _P : negativ (ungerecht)
Textsegment (Professionelle)	Perspektive	Bewertung
"Die sind natürlich auch <u>egoistisch</u> ... auf 'ne gesunde Art und Weise ... das ist ihr <u>Kind</u> , sie wollen zu ihrem <u>Kind</u> . Und sehen überhaupt nicht ein, dass da neun andere auch noch schwer krank sind: 'Nee! Dis interessiert mich jetzt nicht!'. Das ist <u>normal</u> , völlig normal. Müssen wir akzeptieren."	Eltern	F _E : positiv (gerecht)
	Professionelle	F _E : negativ (ungerecht) + <i>neutral (Akzeptanz)</i>
"Das tu ich bei <u>allen</u> Eltern, dass ich mir das anschau [...], auch bei Eltern mit 'ner Drogenproblematik, durchaus wohlwollend, also mir auch nur <u>anschau</u> , weil's mich interessiert, wie gehen sie mit dem <u>Kind</u> um, aber .. die fühlen sich halt einfach beobachtet, und ungerecht behandelt vielleicht auch."	Eltern	F _P : negativ (ungerecht)
	Professionelle	F _P : positiv (gerecht)

Elterliche Abwägungsprozesse werden durch folgende Beispiele veranschaulicht:

Tabelle 98: Abwägung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Man ist nur mit <u>Kritik</u> vorsichtig, nicht(?). Wenn man so 'nem fremden Apparat <u>ausgesetzt</u> ist, dann weiß man nicht, wenn ich jetzt hier was kritisiere, darf ich's überhaupt(?), ist es gern gesehen(?), wie ist die Reaktion(?). Man will es sich ja mit keinem verderben, das Wohl des Kindes hängt ja hier von der Aktivität der Leute ab."
"Also wenn ein Kind kräht, sage ich mal, oder <u>weint</u> schon eine halbe Stundeähm... ist natürlich 'ne Frage der <u>Abwägung</u> , lass ich es jetzt wirklich bis auf diese Minute, ja vielleicht ist es <u>sinnvoll</u> , das kann ich natürlich auch nicht einschätzen, ich mein', in'n Erfahrungen sind die einem ja alle voraus hier."
"Ich weiß auch nicht .., also, wir haben noch mal 'n Entlassungsgespräch dann..., hm, ich weiß gar nicht, wie sinnvoll es wäre, vielleicht vorher schon mal kurz drüber zu reden, was man alles <u>haben</u> muss ..., damit man vielleicht noch mal 'n Tag <u>Vorlauf</u> hat oder so was ..., um es dann zu <u>besorgen</u> .."

Bestbewertung und Entscheidung: Elterliche Entscheidungen werden schließlich für den insgesamt bestbewerteten Ist*-Zustand und damit auch für oder gegen die Inanspruchnahme professioneller Ressourcen getroffen.

Tabelle 99: Bestbewertung und Entscheidung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)	Ziel
"Wo ich denn jetzt nach Hause kam, der Kleene lag noch hier, nur <u>geheult</u> , und überall schicken sie Dich <u>hin</u> , und überall <u>warten</u> , und <u>dit</u> und <u>jenes</u> , und dann habe ich auch mich den einen Abend ins <u>Auto</u> gesetzt, und dann war auch richtig 'Black <u>out</u> ' bei mir gewesen, ne(?). Dann habe ich gedacht, ehh, am besten, ich setz mich ins Auto und fahr mir tot, und denn hinter mir die Sintflut."	(S) Selbst (Entlastung)
"Man hat immer das Gefühl, die machen das <u>Optimalste</u> . Und sie können es einem auch <u>genau so</u> erklären, was hier passiert und mit welchen <u>Risiken</u> , und wie es ausgehen <u>kann</u> , ob nun positiv oder negativ. Ja, da gewinnt man einfach an Sicherheit."	(S) Kind
"Von mir aus sollen sie lieber 'ne Woche länger hier <u>bleiben</u> , weil ich weiß, weil sie hier gut aufgehoben sind [...] Da ist mein Vertrauen ... in das Haus hier sehr, sehr hoch und ich weiß, dass es halt für die Kinder auch am besten ist."	(Versorgung)
Textsegment (Professionelle)	
"Dann kommt eben .. die <u>Verwandtschaft</u> noch dazu, und alle sind halt ganz kritisch und finden das, was wir machen, ganz <u>unmöglich</u> [...] da gehen <u>keine</u> Gespräche mehr [...] das kann im schlimmsten Fall <u>dahin</u> gehen, dass Eltern sagen, sie möchten, dass ihr Kind <u>verlegt</u> wird. Also auch <u>das</u> gibt es ja. Sie möchten eben nicht mehr in dieser <u>Klinik</u> weiter behandelt werden."	

Entscheidungen für die Inanspruchnahme professioneller Ressourcen sind umso eher anzunehmen, je größer und sicherer (negativ bewertete) Ist*⁰-Soll- und Ist*^E-Soll-Diskrepanzen und je kleiner und sicherer (negativ bewertete) Ist*^P-Soll-Diskrepanzen erwartet werden. Diese Entscheidungen beinhalten die Abgabe dem eigenen Verantwortungsbereich zugehöriger (Kontroll-)Aufgaben und basieren auf vorhandenem Fremdvertrauen (vgl. Abschnitt 7.3.10). Das hierbei mitunter berichtete elterliche Erleben von Unsicherheit kann anhand der beschriebenen Bewertungsabhängigkeit erklärt und darauf zu-

rückgeführt werden, dass elterliche Bewertungsprozesse noch keine ausreichend sicheren (Best-)Bewertungen erbracht haben. Im Hinblick auf die unmittelbare Zielerreichung fallen ressourcenbezogene Fremdbewertungen mitunter nicht positiver als Selbstbewertungen aus; eine dennoch getroffene Entscheidung für die Abgabe von (Kontroll-)Aufgaben wird jedoch insbesondere bei einer Vielzahl parallel bestehender Verpflichtungen über die effiziente Nutzung verfügbarer Ressourcen begründet. Auch elterliche Entscheidungen gegen die Inanspruchnahme professioneller Ressourcen stehen in Verbindung mit den Aspekten (Selbst-/Fremd-)Vertrauen und Sicherheit (vgl. Abschnitt 7.3.10).

Tabelle 100: Übergabe/-nahme von Verantwortung (Eltern); Beispiele

Textsegment (Eltern)
"Dass man sich dann auch damit abfinden muss, dass man das Kind eben hier lassen <u>muss</u> , dass man eben <u>nicht</u> die Verantwortung hat, wie man es normalerweise bei einem Neugeborenen hätte nach ein paar Tagen." "Man muss ja die Verantwortung für 's Kind hier den Diensthabenden überlassen und sich davon - die Sicherheit haben, dass hier alle, jeder sein Bestes gibt."
Textsegment (Professionelle)
"Aber sicherlich nur so lange .. ihre eigene Unsicherheit währt. In dem Augenblick, wo sie sich sicherer fühlen und immer mehr in die Pflege involviert sind, und eigentlich ja selber schon sondieren können und so weiter, dann wollen sie auch ihr Kind nach Hause haben." "Das ist ja häufig das Entscheidende, dass sie sich selber genug ... ausgebildet und genug .. <u>angeleitet</u> fühlen, um mit diesem kleinen neuen Patientenkind <u>umzugehen</u> ."

Neubeschreibung, Neubewertung, Neuentscheidung: Nachfolgend werden die (teilweise zeitaufwändigen) Prozesse veranschaulicht, welche zu Neubeschreibungen (vgl. Abschnitt 7.5.1), zur Erhöhung der Beschreibungs- und Bewertungssicherheit (vgl. Abschnitt 7.3.10), zu elterlicher Akzeptanz (vgl. Abschnitt 7.3.5) sowie zu ressourcen- und zielbezogenen Neuentscheidungen führen. Die von den professionellen Gesprächspartner(inne)n benannten Methoden, diese Prozesse zu beeinflussen, bestehen insbesondere in der gezielten Bereitstellung geeigneter Ist- und Soll-Informationen (vgl. Abschnitt 7.5.2).

Tabelle 101: Neubewertung / Neuentscheidung (Eltern), Beispiele

Textsegment (Eltern)	Teil-Aspekt
"Das kostet ganz <u>schön</u> Nerven so, auch vom Kopf her, so, dass man sich wirklich damit abfinden muss, manchmal habe ich denn nachts nicht schlafen können, und dann habe ich gedacht, ach Mensch, war das vielleicht auch alles nur ein Traum(?). Aber nee, man kann nichts mehr <u>rückgängig</u> machen."	Beschreibungssicherheit
"Es ist eigentlich <u>schade</u> , dass sie nicht ganz bis zum Ende gekommen ist. Warum auch immer, das <u>ist</u> nun mal leider so." "Naja, kann man nicht ändern, müssen wir das Beste draus machen."	Akzeptanz
"Wenn man nun Kinder haben möchte, dann <u>weiß</u> man auch, dass dann mal 'ne Zeit kommen wird, wo es weniger Schlaf gibt. Nun gut, dass das nun mit dieser Fahrere <i>ij</i> noch verbunden ist, ja gut, kann ich <u>auch</u> nicht ändern."	Akzeptanz

"Also man konzentriert sich auf's <u>Wesentliche</u> und sagt, ja, ich bin damit zufrieden, so wie's jetzt läuft, ist's gut, ähm, ist halt nicht zu ändern, und in 'nem halben Jahr lachen wir alle drüber. [...] Das ist wieder die <u>Verstandesebene</u> , wo man sagt, das ist halt jetzt nicht zu <u>ändern</u> , da müssen wir alle durch, irgendwie, und müssen wir zusammenhalten."	Akzeptanz Neuentscheidung (Ressourcen)
"Das Perspektivische ist aber noch nicht so nah, weil wir uns immer selber so zurücknehmen, und dann jeder Tag, und wir brauchen .. nicht gucken, was ist nächste Woche, sondern wir gucken, was ist heute, und gucken, was ist morgen <u>früh</u> ." "Ohne in's <u>Detail</u> zu gehen, weil das ist jetzt völlig unwichtig. Das haben wir auch gelernt, das ist unwichtig, was übernächste Woche ist, oder in 'nem Monat, wir müssen wirklich so von Tag zu Tag gucken, und .. da . großartig planen kann man eh nicht mehr [...] das muss man alles erst mal auf sich <u>zukommen</u> lassen [...] Ich bin da halt ein sehr aktiver <u>Mensch</u> und auch sehr <u>ungeduldig</u> . Deswegen ist das für mich 'ne völlig neue Erfahrung, da mal zwei, drei Schritte zurückzugehen, oder den <u>Rückwärtsgang</u> ein bisschen einzulegen, und zu sagen: 'Jetzt guck erst mal, was jetzt passiert.' Ist halt 'ne <u>Lebenserfahrung</u> , die man macht."	Zielablösung (mittelfristige Ziele) Neuentscheidung (Ressourcen) Neubewertung
"Ich sag halt immer, ich muss meinen Rhythmus finden, und alles andere rutscht einfach in dieser Prioritätenliste erst mal ganz nach unten. Also das ist ... mein Kühlschrank muss voll sein, die Kinder müssen versorgt sein, und ... ja, und der Rest findet sich."	Zielablösung / Neu- entscheidung
Textsegment (Professionelle)	Teil-Aspekt
"Dann haben die da jetzt ein kleines <u>Kind</u> . Und dis ist <u>so</u> klein und so winzig, und dis sieht aus wie aus'm Nest gefallen, und dis kann überhaupt nicht mein Kind <u>sein</u> Dass die dieses Kind erst mal <u>annehmen</u> als ihrs irgendwo so, und dis <u>dauert</u> 'ne ganze Weile."	Akzeptanz (Bedarf an Zeit)
"Wenn die Kinder wenigstens so stabil im Zustand sind, dass sie nicht <u>beatmet</u> werden müssen, einfach nur zu <u>klein</u> , aber schon mal angezogen und im Wärmebett, dann können die Eltern das so ganz gut <u>annehmen</u> ... Und ich glaube, es ist ganz <u>wichtig</u> , den Eltern immer wieder zu <u>sagen</u> , was <u>war</u> , können wir nicht mehr <u>ändern</u> , aber <u>jetzt</u> , jeden <u>Tag</u> , wo die Kinder einen <u>stabilen</u> Zustand haben, <u>genießen</u> , eigentlich jede <u>Stunde</u> genießen. Weil, das kommt nie <u>wieder</u> ." "Ihnen das <u>Gefühl</u> zu geben, das was <u>war</u> , können wir nicht <u>ändern</u> , aber das, was du <u>jetzt</u> tust, das ist <u>wichtig</u> und <u>gut</u> ."	Akzeptanz- / Bewertungs- unterstützung
"Wir holen die Väter auch dazu, wir fragen danach, weil wir natürlich auch wissen von allen ... aus den Erfahrungen ... Eltern von behinderten Kindern ..., im schlimmsten Fall, ja, da bleibt auch nur einer <u>übrig</u> , weil die Belastung jeweils zu groß geworden ist, oder die Ausschließlichkeit für's Leben, die ganzen Definitionen nicht mehr so stimmen, das passiert ja <u>oft</u> ."	Bewertungs- / Entscheidungs- unterstützung
"Welche Hilfe <u>brauchst</u> du vielleicht, welche brauchst du vielleicht <u>nicht</u> , und da einfach, ja, ihnen auch <u>Zeit</u> zu lassen immer zwischen diesen Informationen oder Beratungsgesprächen, Zeit zu lassen zu entscheiden: 'Was <u>möchte</u> ich(?)'."	Entscheidungs- unterstützung

Diskussion (Eltern):

Die elterliche Übernahme von Verantwortung ist - den Publikationen verschiedener Autoren zufolge - eng mit einem elterlichen Rollenwandlungsprozess verbunden (z.B. Heermann et al. 2005; vgl. Abschnitt 3.3). Auch Jackson und Kollegen (2003) beschrieben die Internalisierung der Elternrolle als zeitabhängigen Prozess mit den Erfahrungen "alienation", "responsibility", "confidence" und "familiarity".

Auf einer wesentlich allgemeineren Ebene unterscheidet Bierhoff (1994) zwischen der Verantwortlichkeit für das Entstehen der Notlage (vgl. Abschnitte 7.5.3 und 7.5.4) und der Verantwortlichkeit für die Lösung des Problems. Letztere solle nicht komplett an Experten delegiert werden, damit die zunächst hilfsbedürftige Person Kontrolle über ihren Alltag leichter (wieder-)gewinnen kann (nach Hartung 2000: 169). Kontrolltheoretische Konzepte bieten sich als Bezugspunkte für die in dieser Studie erstellte Prozessbeschreibung an. Frey und Jonas (2002) wiesen auf inhaltliche Parallelen zwischen dem Konzept der primären und sekundären Kontrolle (vgl. Abschnitt 2.5.2) einerseits und der Theorie der kognizierten Kontrolle andererseits hin.

Able-Boone und Kollegen zitierten die Aussage einer Mutter: "Sometimes they forget how scared and out of control we feel." (1989: 138). Balling und McCubbin (2001) untersuchten die elterliche Situation während des Klinikaufenthaltes chronisch kranker Kinder und betrachteten insbesondere die von den Eltern gewünschten und genutzten Möglichkeiten, selbst Kontrolle über die Versorgung des Kindes zu erlangen. Eltern würden, sofern sie darauf vertrauten, dass Professionelle sowohl wüssten als auch täten, was "das Beste" sei, weniger eigene Kontrolle wünschen (2001: 116). Panagl und Kollegen wiesen darauf hin, dass "die unfreiwillige Delegation von Verantwortung" an das Ärzte- und Pflegeteam die Familienentwicklung hemmen könne (2005: 19). Auch Farrell und Frost erwähnten für die von ihnen untersuchten Eltern (PICU), dass diese einen Teil ihrer Verantwortung ("caring responsibility") an Professionelle abgeben müssten. Die hieraus resultierende elterliche Angst / Sorge könne reduziert werden, wenn die Eltern sicher seien, dass eine bestmögliche Versorgung gewährleistet sei (1992: 137f). Die in den Zitaten enthaltenen Hinweise auf die Notwendigkeit sicherer positiver (elterlicher) Fremdbewertungen werden unten diskutiert; die Diskussion zu den Aspekten Verantwortung und Kontrolle wird perspektivenübergreifend fortgesetzt.

Wie veranschaulicht, orientiert sich die elterliche Kontrollausübung an bestehenden Werten. Interindividuell übereinstimmende Werttendenzen wären beispielsweise unter Rückgriff auf das Konzept der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse erklärbar: Krapp (2005: 631) nennt unter Verweis auf Vorarbeiten von White (1959) ein elementares Bedürfnis nach optimaler Wirksamkeit oder Kompetenzerfahrung und ergänzt (unter Verweis auf Arbeiten von Deci und Ryan) "das Streben nach Autonomie" und "das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit" (2005: 635f). Die Bedürfnisse "Autonomie, Selbstwirksamkeit, Kompetenz und Selbstbestimmung" werden auch von Frey und Jonas als Grundlage für das "Kontrollmotiv" benannt (2002: 13). Dass "selbstbewirkte Effekte in der Umwelt" fremdbewirkten Effekten gegenüber präferiert werden, formulieren beispielsweise Heckhausen und Heckhausen im Rahmen der Lebenslauftheorie der Kontrolle (2006: 393). Weitere Werte, wie Gerechtigkeit, gelten als soziale Grundwerte (vgl. Fischer/Wiswede 2002: 433). Im Datenmaterial fanden sich darüber hinaus auch Angaben zu interindividuell variierenden Wertsetzungen, welche Unterschiede im beurteilten Unterstützungsbedarf erklären würden. Zur Existenz elterlicher Zielhierarchien folgen perspektivenübergreifende Ergänzungen.

Würden die in den Abschnitten 7.5.5 und 7.5.6 erläuterten Prozesse in Bezug zur kognitiv-transaktionalen Stresstheorie gesetzt, wären Ist*⁰-Beschreibungen und -Bewertungen eher den primären Ein-

schätzungen zuzuordnen, $F_{E/P}$ - und $Ist^{*E/P}$ -Beschreibungen und -Bewertungen, bedarfsbezogene Abwägungen und Entscheidungen eher den sekundären Einschätzungen (vgl. Lazarus 1995: 212ff; Knoll 2005: 99f). Eine Unterteilung in primäre und sekundäre Einschätzungen vedeckt jedoch bestehende inhaltliche Bezüge zu motivations-, handlungs- und entscheidungstheoretischen Konzepten (s.u.). Da verfügbare Einflussfaktoren (Ressourcen) zudem sowohl externen Quellen (Situation) als auch internen Quellen (Person) entstammen (vgl. Abschnitt 2.4), könnten letztlich auch primäre Einschätzungen als Ressourcenbewertungen bezeichnet werden: Verluste wären als Ressourcenverluste und Gewinne als Ressourcengewinne zu verstehen. Aus dieser Perspektive erschiene es lohnenswert, die Einschätzungsprozesse unter deutlicherem Bezug auf eine Zeitachse (und mit spiralförmigen Rückkopplungsprozessen) zu beschreiben, statt die in stress- und bewältigungstheoretischen Publikationen favorisierte Unterscheidung zwischen primären und sekundären Einschätzungen zu übernehmen³⁹. Bezüge zur Theorie der Ressourcenerhaltung, welcher zufolge Menschen danach streben, vorhandene Ressourcen zu erhalten und neue Ressourcen zu erwerben (Hobfoll/Buchwald 2004: 13), könnten ebenfalls hergestellt werden.

Dass sich elterliche (situationsspezifische und/oder generalisierte) prospektive Selbstbewertungen auf die Verfügbarkeit und Effizienz eigener Kontrollmöglichkeiten beziehen, kann anhand menschlicher Grundbedürfnisse, anhand eines Kontrollmotivs und/oder anhand übernommener Verpflichtungen erklärt werden (vgl. auch Abschnitt 7.5.4). "Kontrollüberzeugungen rechtfertigen Selbstwert; die Überzeugung, in wichtigen Dingen keine Kontrolle zu haben, insbesondere wenn andere diese Kontrolle haben, unterminiert den subjektiven Selbstwert." (Flammer/Nakamura 2002: 85). Effizienzbezogene (prospektive) Bewertungen eigener Ressourcen wären nach Bandura (1997) als "self-efficacy" zu bezeichnen und wurden als Selbstwirksamkeitserwartungen (Krapp/Ryan 2002) oder Effizienz-Erwartungen (Fischer/Wiswede 2002: 355) ins Deutsche übersetzt. Die gewählten Begriffe verweisen zwar sowohl auf Erwartungen als auch auf Bewertungen, Krapp und Ryan (2002) kritisieren allerdings die untergeordnete Rolle von Wertbezügen in Banduras Theorie.

Der elterlichen Bewertung verfügbarer Ressourcen als zur Zielerreichung ineffizient würde im Rahmen kontrolltheoretischer Konzepte ein (antizipierter) Verlust der Kontrollierbarkeit, "Beeinflussbarkeit" oder der "primären Kontrolle" (Frey/Jonas 2002: 16; vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006: 393) entsprechen. Da Beeinflussbarkeit beinhaltet, dass "ein Ereignis oder dessen Folgen durch eigenes Verhalten modifiziert werden kann" (Fischer/Wiswede 2002: 76), wäre unter "eigenes Verhalten" allerdings auch die Inanspruchnahme externer Ressourcen zu subsumieren. "Von einer Krise spricht man, wenn eine Person nicht fähig ist, ein Problem zu lösen, und gleichzeitig durch das bestehende Problem emotional belastet ist." (Montada 2002: 42). Auswirkungen bewusster und/oder unbewusster elterlicher (Selbst-) Bewertungen auf das elterliche Befinden (vgl. Abschnitte 2.3.1 und 7.3.4) können unter Bezug auf Konzepte der Emotionstheorie (Reisenzein et al. 2003) und der Selbstbestimmungstheorie (Krapp/Ryan 2002) erklärt werden. Krapp interpretiert das Wohlbefinden auch als "Feedback

³⁹ Auch retrospektive Beschreibungen und Bewertungen wurden dort nur vage beschrieben.

eines subbewusst agierenden Antriebs- und Steuerungssystems" (2005: 626). Dem Erleben von Hilflosigkeit, Unsicherheit und Angst wäre die Bewertung "drohender Verlust" zuzuordnen; Furcht wird von Ortony und Kollegen (1988) auch als erwartungsfundierte Ungewissheitsemotion beschrieben (Reisenzein et al. 2003: 144).

Prospektive Fremdbewertungen wurden innerhalb der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie nicht separat aufgeführt. Sie könnten als (prospektive) Zustandsbewertungen zu den primären Einschätzungen, als Bewertungen sozialer Ressourcen jedoch auch zu den sekundären Einschätzungen zählen (vgl. Lazarus/Launier 1978: 307). Fremdbewertungen sind hingegen im Modell für Hilfeleistung, welches Geben und Empfangen von Hilfe als soziale Interaktion beschreibt (Heckhausen 1989: 289ff), enthalten und beziehen sich dort auf Ursachen- und Intentionsattributionen sowie auf Ressourcen.

Abwägungsprozesse werden im Rahmen der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie kaum, im Rahmen von Modellen zu prosozialem Verhalten jedoch häufiger thematisiert; Hartung beispielsweise führt Kosten und Nutzen des Hilfeempfangens (2002: 168f) auf. Diese Diskussion wird perspektivenübergreifend fortgesetzt.

Entscheidungen, "was zu tun ist", würden nach Lazarus zu den sekundären Einschätzungen (1995: 214ff) zählen. Der Bewältigungsform "Suche nach sozialer Unterstützung" (vgl. Abschnitt 2.5.1) würde innerhalb der bedarfstheoretischen Konzeption am ehesten der Begriff "Nachfrage" entsprechen. Eine elterliche Nachfrage setzt jedoch eine Entscheidung zur (potenziellen) Inanspruchnahme professioneller Ressourcen voraus und hängt daher von den im Abschnitt 7.5 beschriebenen Faktoren ab. Diese können demnach für die Erklärung der im Abschnitt 2.7 erwähnten Differenzen zwischen "felt need" und "expressed need" genutzt werden.

Krampen nennt die Nutzung externer Ressourcen (z.B. Hilfe) "kompensatorische primäre Kontrolle" (2002: 710). Auch vor dem Hintergrund der Theorie der kognizierten Kontrolle wäre das sowohl von verschiedenen Autoren (s.o.) als auch von den Gesprächspartner(inne)n als Abgabe von Verantwortung oder Kontrolle bezeichnete Phänomen nicht als tatsächlicher Verzicht auf Kontrolle, sondern vielmehr als Abgabe von Kontrollaufgaben und damit als Unterform der Kontrolle zu verstehen (Delegation bzw. "indirekte Kontrolle" nach Frey/Jonas 2002: 22f, 36f). Klauer (1997: 99) sowie Wentura und Kollegen (2002: 114) würden es als "Delegation von Bewältigungsaufgaben" bezeichnen; Affleck und Mitarbeiter (1991: 72) sprechen von "vicarious control".

Bodenmann postulierte in einem von ihm (für das "dyadische Coping") aufgestellten Kaskaden-Modell, dass unterschiedliche Ressourcen(quellen) in Abhängigkeit von ihrer Wirksamkeit sequenziell genutzt würden: zunächst fände individuelle Belastungsbewältigung, dann dyadische Belastungsbewältigung und schließlich soziale Unterstützung durch externe Personen (Freunde, nahe Verwandte, Bekannte, Professionelle) statt (Bodenmann 1997: 85f, 2000: 75ff.; vgl. Buchwald 2004: 31). Diese Reihenfolge könnte unter Beachtung des Grundbedürfnisses nach Autonomie erklärt werden; nicht in jedem Fall dürften sich jedoch interne(re) Ressourcen zuvor als ineffektiv für die unmittelbare Zielerreichung erwiesen haben. Das analysierte Material zeigt, dass die Entscheidung zur Abgabe von (Kon-

troll-)Aufgaben auch das Resultat relativer effizienzbezogener Bewertungen und Abwägungsprozesse sein kann. Frey und Jonas stellten fest, dass fremdbewirkte Effekte präferiert werden, wenn andere Personen "als kompetenter angesehen werden und durch die Delegation ein weniger negativer bzw. ein positiverer Ausgang einer Situation herbeigeführt werden kann." (2002: 22f). Weitere Textausschnitte zeigen, dass die Inanspruchnahme externer Ressourcen für die unmittelbare Zielerreichung auch dazu dienen kann, interne (begrenzte) Ressourcen für die Erreichung anderer Ziele zu bewahren. Diese letztgenannte Interpretation wird auch von der Theorie der Ressourcenerhaltung gestützt (Hobfoll/Buchwald 2004).

Neubeschreibungen und -bewertungen würden im Rahmen der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie unter dem Begriff "Neueinschätzung" zusammengefasst werden und ergeben sich durch Rückmeldungen (Lazarus 1995: 212ff). Eine (Erst-)Einschätzung als "Bedrohung" könnte sich so beispielsweise zu einer Neueinschätzung als "Herausforderung" verändern⁴⁰. Rückwirkungen sekundärer auf primäre Einschätzungen sowie Neueinschätzungen wurden von Lazarus anhand einiger Beispiele erläutert (z.B.: "... wenn man zu der Überzeugung gelangt ist, man könne nichts tun, wird die Bedrohung selbst wie auch der Wunsch, ihr zu entfliehen, immer stärker."; 1995: 215). Deren systematische Differenzierung könnte durch das hier vorgestellte Prozessmodell unterstützt werden. Der im Abschnitt 7.5.6 erfassten prospektiven Bewertung "drohender Verlust" (siehe "Risikohierarchie") entspräche nach Lazarus (1995: 212) die stressreiche Bewertung "Bedrohung" (oder "Herausforderung") als primäre Einschätzung und Neueinschätzung.

Auch die von Lazarus als "Schädigung/Verlust" bezeichnete primäre Einschätzung stellt insofern eine Neubewertung dar, als sie prospektive F-Bewertungen (sekundäre Einschätzungen) voraussetzt und die vorherige Bewertung "Verschlechterung" (vgl. Abschnitt 7.5.1) zur Bewertung "eingetretener Verlust" aktualisiert, welche insbesondere mit dem Erleben von Trauer (vgl. Abschnitt 2.3.2.1) verbunden sein kann. Mit dem elterlichen Verlusterleben bei Frühgeburt befassten sich Golish und Powell (2003) in einer qualitativ angelegten Studie. Sie verwenden in ihrer Publikation das Konzept "ambiguous loss" und betonen, dass es sich häufig um unerkannte, "interne" Verluste handelt, welche sich meist nicht auf Personen (Tod des Kindes), sondern auf erwünschte Erlebnisse beziehen. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft ("perfect / full-term pregnancy ") und Geburt ("dream birth experience") seien dies beispielsweise, die Bewegungen des Kindes während der Schwangerschaft zu spüren, Geburtsvorbereitungskurse zu besuchen, die Geburt des Kindes bewusst zu erleben und das neugeborene Kind halten und fühlen zu können (2003: 323). Die Autorinnen weisen auch auf die aus sozialen Vergleichen und Bewertungen resultierenden Belastungen hin: "Pregnant women and parents with healthy newborns are constant reminders of the loss of a full-term pregnancy, which can be hurtful and maddening for new preemie parents." (2003: 314). Widersprüchliches emotionales Erleben führe zu zusätzlicher elterlicher Belastung. Die Autorinnen heben hervor, dass der Prozess, sich von der Vorstellung einer perfekten Schwangerschaft zu lösen, einen Energieaufwand erfordert (2003: 313).

⁴⁰ Entsprechend wählte auch Sarimski (2000) bewusst den Titel seiner Schrift: "Frühgeburt als Herausforderung".

Die "Ablösung von Zielbindungen" wurde auch für die Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen von Filipp und Ferring als zentrale Bewältigungsaufgabe genannt (2002: 2). Brandtstädter und Kollegen sprechen für entwicklungsbezogene Bewältigungsprozesse von akkomodativen Anpassungen der Zielstruktur (vgl. Abschnitt 2.5.2), welche allerdings nicht intentional ablaufen und daher nicht mit traditionellen handlungs-, kontroll- und entscheidungstheoretischen Vorstellungen zu erfassen sind (Rothermund/Brandtstädter 1997: 121). Nach Rothbaum und Kollegen (1982) würden "die Veränderung der Person, ihres Selbstkonzepts und ihrer Situationsdeutung" unter den Begriff sekundäre Kontrolle fallen (Wentura et al. 2002: 109; vgl. Krampen/Greve 2008). Krampen (2002: 710) führt zur "kompensatorischen" sekundären Kontrolle strategische soziale Vergleiche, strategische Ursachenattribution und Zielwechsel auf. Frey und Jonas zählen (unter Verweis auf Thompson) zur sekundären Kontrolle kognitive Strategien wie Umstrukturierung oder Ablenkung, zeitliche und inhaltliche Vorhersehbarkeit sowie Erklärbarkeit (2002: 16). Auch Fischer und Wiswede verweisen auf Thompson, bezeichnen "kognitive Strategien (z.B. Uminterpretation)", mit denen "die Aversivität eines Ereignisses reduziert werden kann", jedoch als "kognitive Kontrolle" und fassen "sekundäre Kontrolle" inhaltlich abweichend auf (2002: 76f). Da die Beschreibungen des Konzepts der sekundären Kontrolle damit widersprüchlich erscheinen, kann das Konzept hier nicht systematischer in seiner Erklärungskraft für die vorgestellten Befunde diskutiert werden.

Im Zwei-Prozess-Modell von Brandtstädter und Mitarbeitern spielen die Konzepte "Gewinn" und "Verlust" eine zentrale Rolle (vgl. Knoll et al. 2005: 113f). Würde dieses Modell auf situative Anforderungen transferiert (vgl. Rothermund/Brandtstädter 1997: 120; Krampen/Greve 2008: 684ff), könnten elterliche Bewältigungsformen (Abschnitt 2.5) auch als Regulations- und Kontrollstrategien verstanden und der für Beschreibungen von Entwicklungsprozessen im Alter häufiger verwendete Begriff "Verlustregulation" (Lindenberger 2002) übernommen werden. Da sich das Konzept "Verlust" - im Gegensatz zur Annahme Vonderlins (1999: 27) - als durchaus hilfreich für die Erklärung elterlicher Bewertungen und elterlichen Erlebens im Untersuchungsfeld erwies, wäre auch eine Bezugnahme auf die Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll/Buchwald 2004) sinnvoll. Bereits Greve fragte, ob die Veränderung der Verfügbarkeit von Copingressourcen nicht eine wichtige Facette der Bewältigung darstelle (1997a: 19). Prozesse der Verlustregulation beziehungsweise Zielanpassung erscheinen vor dem Hintergrund dieser Theorie nicht nur zur Entlastung (vgl. Rothermund/Brandtstädter 1997: 121), sondern auch zum Schutz begrenzt verfügbarer Ressourcen unabdingbar. Prozesse des Zielengagements und der Zieldistanzierung wurden als lebenslauftheoretische Kontrollprozesse auch von Heckhausen und Heckhausen (2006: 443) beschrieben. Im Rubikon-Modell wurden Prozesse der Deaktivierung, Anpassung oder Neusetzung von Zielen der postaktionalen und der prädezisionalen Handlungsphase zugeordnet (Achtziger/Gollwitzer 2006); dies zeigt erneut die Spiralität der Prozesse. Lazarus (1995) erwähnt derartige Neuentscheidungen allerdings nicht explizit.

Die Unterstützung elterlicher Neubeschreibungs-, -bewertungs- und -entscheidungsprozesse wurde als ein Ziel professioneller Bemühungen benannt. Im Rahmen beispielsweise psychotherapeutischer Ar-

beit werden entsprechende Unterstützungsmethoden auch als Methoden kognitiver Umstrukturierung beschrieben (vgl. Fliegel et al. 1998: 192ff).

Diskussion (übergreifend):

Endacott (1997: 475) stellte fest, dass das Konzept der Verantwortung ("responsibility") eng mit dem Bedarfskonzept verbunden ist, ohne diese Verbindung jedoch näher zu charakterisieren. Auch die im Rahmen dieser Studie Befragten verwiesen zur Bedarfsbegründung vielfach auf eine bestehende Verantwortung oder auf Verpflichtungen, aus denen ein Kontrollbestreben abzuleiten wäre. Die beschriebenen Bedarfsfeststellungsprozesse sind jedoch auch - wie dargestellt - unter Bezug auf kontrolltheoretische Grundlagen erklärbar; ein Streben nach Kontrolle wird dort auf grundlegende menschliche Bedürfnisse zurückgeführt. Preiser schreibt, "dass Menschen ein grundlegendes Bedürfnis haben, ihr Leben, ihr Verhalten und Ereignisse in ihrem Lebensbereich unter Kontrolle zu haben" (2006: 359). Das "Streben nach Kontrolle der Nahumwelt" (primäre Kontrolle) wird von Heckhausen und Heckhausen als universale motivationale Orientierung des Menschen bezeichnet (2006: 393).

Ziele stellen nach Kleinbeck hierarchisch organisierte, kognitive Repräsentationen angestrebter Handlungsergebnisse dar (2006); der Autor beschreibt jedoch antizipierende und abwägende Prozesse nicht näher. Brunstein (2006: 250) macht mit dem Begriff "Zielimagination" darauf aufmerksam, dass Vorstellungen möglicher Ziele bereits vor einer verbindlichen Zielfestlegung zur Simulation von Handlungsabläufen genutzt werden (können). Obwohl zielbezogene Vorstellungen und Abwägungen auch in der prädeziationalen Phase des Rubikon-Modells (und damit für die Motivation) eine zentrale Rolle spielen, sind Ziele im "Überblicksmodell zu Determinanten und Verlauf motivierten Handelns" (Heckhausen/Heckhausen 2006: 3) nur im Hinblick auf ihre zeitliche (sequenzielle) Ordnung erfasst und in dem von Rheinberg vorgelegten "Erweiterten kognitiven Motivationsmodell" (2006: 341) nicht enthalten. Da alle drei Modelle sequenziell (linear) angelegt sind, können sie die Funktion hierarchischer Strukturen für die eng mit den beschriebenen Abwägungsprozessen verbundenen Bewertungsprozesse nicht zeigen. Hierarchische Modelle hingegen veranschaulichen die Ausrichtung an übergeordneten Zielen, enthalten Ist-Soll-Vergleiche und auch eine "Kontroll- oder Rückmeldeannahme" (Schneider/Schmalt 2000: 97). Jungermann und Kollegen bezeichnen die in hierarchischen Zielsystemen enthaltenen abstrakteren Ziele als "fundamentale Ziele" (2005: 106); Oettingen und Gollwitzer (2002: 55) heben hervor, dass der Inhalt gesetzter Ziele von Bedürfnissen, Wünschen und übergeordneten Zielen bestimmt wird. Das in der vorliegenden Publikation erstellte Modell integriert sowohl sequenzielle als auch hierarchische Aspekte.

Die vorgenommene Unterteilung in kollektive und individuelle Soll-Werte entspricht etwa der Gegenüberstellung sozialer und persönlicher Normen (vgl. Bierhoff 2002: 338). Als kollektive, die Ressourcenverteilung betreffende Werte erwiesen sich insbesondere Effizienz und Gerechtigkeit; Gerechtigkeit ist auch Bestandteil sozialer Wertvorstellungen (Müller/Hassebrauck 1993). Werden Ist*-Zustände als Optionen verstanden, können neben handlungs- auch entscheidungstheoretische Grundlagen zur Erklärung herangezogen werden (vgl. Abschnitt 2.7.1.4 sowie Jungermann et al. 2005).

Beide Befragtengruppen nehmen Bewertungen vor. Prospektive Selbst- und Fremdbewertungen beziehen sich unter anderem auf verfügbare Einflussfaktoren beziehungsweise Kontroll- oder Regulationsressourcen. Bewertungen werden von Heckhausen und Heckhausen in das Konzept der Erwartungen eingeschlossen, wie an den Aussagen zu den Ausprägungsgraden von Erwartungen zu erkennen ist: "Bei hoher Situations-Ergebnis-Erwartung [...] gibt es wenig Anreiz zum Handeln; aber bei geringer Situations-Ergebnis-Erwartung kombiniert mit hoher Handlungs-Ergebnis-Erwartung ist der Handlungsanreiz hoch, umso mehr, wenn auch noch günstige Ergebnis-Folgen-Erwartungen vorliegen." (2006: 5).

Der Begriff Folgen umfasst dabei, wie nebenstehender Ausschnitt aus einer zugehörigen Abbildung (2006: 3) zeigt, auch personen- und situationsbezogene Bewertungen. Parallelen zu den oben vorgestellten prospektiven Bewertungen sind leicht erkennbar: Das Konzept der Ergebnis-Folgen-Erwartungen beinhaltet Bewertungen erwarteter Ist**-Zustände ("Folgen"), welche auf die Bewertung erwarteter Ist*-Zustände ("Ergebnis") sowie auf die Bewertung eigener Ressourcen ("Handlungs-Ergebnis-Erwartung") rückwirken.

6. Folgen

- * Langfristige Ziele
- * Fremdbewertung
- * Selbstbewertung
- * Materielle Vorteile

Prospektive Bewertungen von (Zwischen-)Ergebnissen erfolgen demnach auch hier über deren erwartete Einbindungsmöglichkeit in bestehende Zielhierarchien. Obwohl der Begriff "Ergebnis-Folgen-Erwartungen" vor allem die Zeitperspektive⁴¹ hervorhebt, stellt er damit letztlich eine inhaltliche Verbindung zwischen sequenziellen und hierarchischen Modellen her.

Auch die im "Erweiterten kognitiven Motivationsmodell" (Rheinberg 2006: 341) enthaltenen Folgenanreize⁴² können als Bewertungen verstanden werden. Das Anreizkonstrukt impliziert nicht nur kognitive Prozesse, sondern vor allem auch "affektive Reaktionen, die eine grundlegende (basale) Bewertung vornehmen" (Beckmann/Heckhausen 2006: 106). Erwarteter Nutzen würde demnach positiven Folgenanreizen, erwartete Kosten würden negativen Folgenanreizen entsprechen. Jungermann und Kollegen bezeichnen Gewinn als positiven und Verlust als negativen Nutzen (2005: 51).

Relativen intratemporal-prospektiven Bewertungen würde im handlungstheoretischen Modell etwa das Verhältnis von Situations-Ergebnis-Erwartung zu Handlungs-Ergebnis-Erwartung entsprechen. Fremdbewertungen wurden dort nur im Rahmen erwarteter Folgen (s.o.) erfasst.

Zielbezogene Abwägungen⁴³ sind auch Bestandteil des Rubikon-Modells der Handlungsphasen (prä-dezisionale Phase; vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006; Rudolph 2003: 206ff). Sie setzen ressourcenbezogene Bewertungen voraus und dienen zielbezogenen Entscheidungen (Dezisionen). Ressourcenbezogene Abwägungsprozesse gehen zielbezogenen Entscheidungen voraus (Konzept der "Machbar-

⁴¹ Antizipierte Konsequenzen werden von Jungermann und Kollegen (2005: 105ff) als "temporale Ziele" bezeichnet.

⁴² Rheinberg unterscheidet zwischen Tätigkeitsanreizen und Folgenanreizen und weist diesbezüglich auf individuell unterschiedliche Präferenzen hin (2006: 340).

⁴³ Die Autoren verwenden die Begriffe "Wunsch" und "potenzielles Ziel" synonym. Zielbezogene Abwägungen finden zwischen der (möglicherweise etwas missverständlich bezeichneten) "Wünschbarkeit" und der "Realisierbarkeit" statt (Achtziger/Gollwitzer 2006: 279).

keit"/"Realisierbarkeit"), folgen diesen aber auch und wären daher sowohl der prädeziSIONalen als auch der präakTIONalen Phase des Rubikon-Modells zuzuordnen. Zwar verweist das "Rubikon"-Konzept auf eine (scheinbar) endgültige Zielfestlegung, jedoch zeigen die Beschreibungen der präakTIONalen Phase, dass auch hier noch (teil-)zielbezogene Entscheidungen getroffen werden (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006: 280).

Regeln zur Entscheidungsfindung wurden beispielsweise von Jungermann und Kollegen benannt (2005: 129). Für gesundheitsbezogene Entscheidungen ("Medical Decision Making") erwähnen die Autoren sowohl Vergleiche als auch Abwägungsprozesse (2005: 373ff); (prospektive) nutzenbezogene Bewertungen von Gesundheitszuständen durch Patienten könnten anders als durch Ärzte ausfallen.

Die Ab-/Übergabe von Kontroll- oder Regulationsaufgaben wäre für beide Befragtengruppen auch als (Re-)Delegation zu bezeichnen (Klauer 1997: 99; Wentura et al. 2002: 114). Obwohl Frey und Jonas für die "indirekte Kontrolle" formulierten, dass Kontrolle nur an jene Personen "delegiert" werde, "denen eine größere Fähigkeit zugeschrieben wird, das gewünschte Ergebnis zu erreichen" (2002: 36), wurde sowohl für die professionellen als auch für die elterlichen Gesprächspartner(innen) festgestellt, dass diese Entscheidung angesichts übergeordneter Ziele auch dem Schutz eigener Ressourcen (vgl. Hobfoll/Buchwald 2004) dienen kann.

7.6 Bedarfsbegründungen - Diskussion

7.6.1 Überblick

Die im Abschnitt 7.5 vorgestellten Forschungsbefunde resultieren aus den Analysen der zwischen den Bedarfsarten bestehenden Beziehungen, welche auch zur Systematisierung der erhobenen Bedarfsbegründungen führten. Diese Begründungen enthielten Hinweise auf Kriterien und Methoden zur Bedarfsfeststellung und wurden - aus den unter 7.1.3 genannten Gründen - in sequenzieller Form vorgestellt. Selbstverständlich kann aus den Angaben zur Bedarfsbegründung nicht unmittelbar auf die für die Bedarfsfeststellung genutzten Kriterien und Prozesse geschlossen werden, da im Rahmen der Datenerhebung - insbesondere mit den professionellen Gesprächspartner(inne)n - nicht Prozesse individualsbezogener Bedarfsfeststellung begleitend dokumentiert, sondern generalisierende Begründungen erfasst wurden. Zudem ist zu beachten, dass Prozesse der Bedarfsfeststellung nicht vollständig bewusst und damit der Selbstreflexion direkt zugänglich sein dürften und außerdem Tendenzen der Selbstdarstellung/-präsentation (Fischer/Wiswede 2002: 367f) anzunehmen sind. Wird allerdings davon ausgegangen, dass der Bedarfsfeststellung komplexe Informationssammelungs-, -vergleichs- und -bewertungsprozesse vorausgehen, können die vorgestellten Teilprozesse als deren Teilrekonstruktion betrachtet werden. Diese Interpretation wird auch durch die aufgedeckten Parallelen zwischen elterlichen und professionellen Bedarfsbegründungen sowie die zu bestehenden Theorien herstellbaren Bezüge gestützt. Damit ermöglicht das erstellte Modell nicht nur, die zwischen den eingangs beschriebenen Bedarfsarten vorhandenen Beziehungen zu spezifizieren, sondern auch die Entstehung der Bedarfsarten innerhalb eines gemeinsamen Konzepts zu erklären.

7.6.2 Fachliche Begründungen

Werden die Teilprozesse fachlicher (professioneller) Bedarfsbegründung im Überblick betrachtet, zeigen sich unter anderem Parallelen zu Prozessen der Diagnostik (als komplexem Informationsverarbeitungsprozess, vgl. Fisseni 2004: 4), der Handlungsmotivation, -planung und -bewertung (Achtziger/Gollwitzer 2006) oder auch des Problemlösens (z.B. Funke 2003).

7.6.2.1 Kriterien

Die von den professionellen Gesprächspartner(inne)n benannten Kriterien zur Bedarfsbegründung entsprachen teilweise den auch in Fachpublikationen angegebenen Kriterien. Raspe und Kollegen beschreiben die Bedarfsfeststellung im Rahmen der Krankenversorgung zwar zunächst lediglich anhand des Effektivitätskriteriums, benennen an anderer Stelle jedoch weitere Entscheidungskriterien (2003: 236). Die Analysen zeigten, dass die fachlichen Kriterien aus der professionellen Verantwortung, den damit übernommenen normativen Vorgaben ethischer und ökonomischer Art sowie abgeleiteten Zielsetzungen begründet werden und letztlich anzustrebende Ausprägungsgrade anhand dieser Zielvorstellungen ausgewählter Merkmale angeben. Aufgrund hierarchisch-sequenzieller Beziehungen zwischen einzelnen Zielvorstellungen werden einige definierte Merkmalsausprägungsgrade positiv als förderli-

che Einflussfaktoren (Ressourcen/Chancen), andere definierte Ausprägungsgrade hingegen negativ als hinderliche Einflussfaktoren (Risiken) für die Erreichung übergeordneter Ziele bewertet. Jene im Abschnitt 7.2 angeführten Bedarfsarten, welche sich auf Ziele bezogen (vgl. Abschnitt 7.4.1) stellen demnach bereits solch ausgewählte Merkmale (Abschnitt 7.5.1) dar. Eine klare Trennung zwischen Bedarfsarten, Ressourcen und Begründungskriterien ist daher nicht möglich.

Aufgrund der bestehenden Verantwortung und des erwarteten Einflusses elterlichen Befindens auf die kindliche Entwicklung (Abschnitte 7.5.5, 7.5.6) ist eine Orientierung professioneller Bedarfsfeststellung am Ausmaß elterlicher Belastung nachvollziehbar. Das Belastungskriterium wurde von verschiedenen Autoren (z.B. Sarimski 2000, Panagl 2002, Jotzo 2004) für das neonatologische Praxisfeld genannt. Wird Zufriedenheit als Komponente elterlichen Befindens aufgefasst, ist auch eine Orientierung professioneller Bedarfsfeststellung am Kriterium elterlicher (Grund-)Bedürfnisse (vgl. Sarimski 2000 sowie Abschnitt 2.7.1) sowie die Entstehung entsprechender Bedarfsarten (z.B. Kontakt, Selbständigkeit, Sicherheit, Orientierung) verständlich (vgl. Abschnitt 7.3).

Aufgrund der professionellen Verantwortung für die künftige kindliche Entwicklung erwies sich das Belastungskriterium jedoch nicht als einziges (übergeordnetes) Kriterium zur Bedarfsbegründung. Wie im Abschnitt 7.5 gezeigt, sollen elterliche Belastungen zwar in vielen Fällen durch Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung (vgl. Abschnitt 2.6; Knoll et al. 2005: 150f) reduziert werden; ein Bedarf an diesen Unterstützungsformen wird mitunter jedoch auch begründet, wenn diese eine Zunahme der elterlichen (situativen) Belastung erwarten lassen. Wenn Eltern beispielsweise den Ausprägungsgrad eigener Kompetenzen oder die kindliche Entwicklungsprognose, welche von professioneller Seite als Risiken bewertet werden, selbst nicht in diesem Sinne wahrnehmen ("erkennen") und bewerten, könnte diese Diskrepanz im Hinblick auf die angestrebte elterliche Entlastung durchaus positiv, im Hinblick auf kindbezogene Entwicklungsziele hingegen negativ bewertet werden. In diesem Zusammenhang ist an das Konzept "immunisierender Prozesse" (Rothermund/Brandtstädter 1997, Greve 1997a) zur Charakterisierung von Bewältigungsformen zu erinnern, welches ebenfalls zur Erklärung der im Abschnitt 2.3.2.1 angegebenen elterlichen Stressreaktionen genutzt werden kann. Die "Angemessenheit" elterlicher Beschreibungen und Bewertungen wird also (neben der elterlichen Belastung) ebenfalls als Kriterium für die Bedarfsfeststellung herangezogen.

Aus dem übergeordneten Ziel der Abgabe von Kontrollaufgaben an die Eltern der Patienten ergibt sich weiterhin das Kriterium der elterlichen Motivation beziehungsweise der hieraus abgeleitete "Motivationsbedarf" (vgl. Abschnitt 7.3.6), welcher eng mit der Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung verknüpft ist.

Bedarfsbegründungen verweisen jedoch auf Bewertungen nicht nur elterlicher Merkmale, sondern auch elterlicher Verhaltensweisen (z.B. Eltern-Kind-Interaktion). Werden diese Verhaltensweisen als Bewältigungsformen verstanden, können deren Bewertungen anhand erwarteter Einflüsse auf elterliches Befinden auch theoretisch eingeordnet werden (Abschnitt 2.5.5). Werden die zunächst als Methoden oder Mittel zur Zielerreichung bezeichneten Bedarfsarten (z.B. Anleitung, Beratung, Übung;

Abschnitt 7.4.1) als Unterstützungsformen (Abschnitt 2.6) angesehen, welche auch in inhaltlich beschreibende Subkategorien differenzierbar sind, können diese nicht nur mit Ergebnissen zur Bedarfsforschung und mit für Bedarfsstudien verwendeten Erhebungsinstrumenten (Abschnitt 7.2) verglichen werden, sondern auch hinsichtlich einer möglichen theoretischen Einbindung - beispielsweise anhand der von Diwald (1991: 70ff) vorgelegten inhaltlichen Typologie sozialer Unterstützung - diskutiert werden.

Die von Sarimski genannten Empfehlungen (vgl. Abschnitt 3.4) fanden sich (nur) teilweise in den professionellen Bedarfsbegründungen wieder; das Kohärenzkriterium wurde beispielsweise nicht genannt. Allerdings betrachtete Sarimski primär den elterlichen Bedarf an psychologischer Beratung. In der vorliegenden Studie wurde der elterliche Unterstützungsbedarf hingegen nicht auf einzelne Berufsgruppen bezogen; die Untersuchung befasste sich vielmehr in übergreifender Form mit dem Bedarf an professioneller Elternarbeit in neonatologischen Kliniken.

7.6.2.2 Methoden

Die Literaturanalysen zum Bedarfskonzept ergaben nur wenige Hinweise auf die prozesshafte Verknüpfung von Kriterien zur Bedarfsfeststellung (z.B. Endacott 1997; Raspe et al. 2003). Die in Form rekonstruierter Teilprozesse erläuterten professionellen Bedarfsbegründungen können jedoch in Beziehung zu den im ersten Teil der Schrift zusammengestellten Vorarbeiten zu den Methoden professioneller Bedarfsbestimmung gesetzt werden. In dem vorgestellten Modell lässt sich die von Raspe und Kollegen (2003) für die Krankenversorgung erwähnte Zweiteilung (vgl. Abschnitt 2.7) wieder finden. Im ersten Teil würden aktuelle Bewertungen der Feststellung einer "Störung" beziehungsweise prospektive Bewertungen der Feststellung eines "Risikos" vorausgehen. Im zweiten Teil wären relative prospektive Bewertungen Grundlage für Entscheidungen über die Notwendigkeit professioneller Leistungen. Entsprechend dieser Zweiteilung könnten auch allgemeine und spezifische Bedarfsbegründungen unterschieden werden. Allgemeine Bedarfsbegründungen würden auf eine aktuelle und/oder antizipierte, negativ bewertete Ist-Soll-Diskrepanz verweisen (TP 1 und 2) und hieraus die Notwendigkeit einer Zustandsveränderung in genereller Form ableiten. Erst spezifische Bedarfsbegründungen würden angeben, ob für diese Zustandsveränderung der (zusätzliche) Einsatz professioneller Ressourcen (und wenn ja, welcher) für notwendig erachtet würde (TP 5 und 6). Entsprechend dieser Zweiteilung wären auch die im Abschnitt 2.7.1.3 aufgeführten Methoden zur Fremdbeurteilung des Bedarfs zu gruppieren: Die Morbiditätsmethode wäre eher der ersten, die Verteilungs- und die Effektivitätsmethode wären eher der zweiten Gruppe zuzuordnen. Die beschriebenen Teilprozesse 3 und 4 finden sich in dieser Zweiteilung nicht wieder, könnten jedoch (im weiteren Sinne) als Voraussetzung der Teilprozesse 5 und 6 betrachtet werden.

Die erhobenen professionellen Bedarfsbegründungen erlauben, das aus dem wirtschaftswissenschaftlichen Kontext stammende Bedarfskonzept in die psychologische Theoriebildung einzubeziehen. Der von Niehoff (1995: 194ff) verwendete Begriff "gesundheitsbezogener Handlungsbedarf" deutet bereits

auf die möglichen Bezüge zu handlungstheoretischen Grundlagen hin, welche im Hinblick auf Theorien professionellen Handelns konkretisiert werden sollten.

7.6.3 Elterliche Begründungen

In Bezug auf den individuellen Entschluss zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfeleistungen skizziert auch Niehoff einen Prozess, welcher mit einer "Gesundheitsstörung" beginnt, Symptomwahrnehmung und -interpretation umfasst und mit einer Verhaltensentscheidung abschließt (1995: 197f). Der Autor nennt in diesem Zusammenhang auch einige Kriterien, welche von "Betroffenen" zur Bewertung von Krankheit und Hilfebedarf verwendet werden.

Ebenso wie für professionelle Bedarfsbegründungen wäre auch eine Zweiteilung elterlicher Begründungen (unter Auslassung retrospektiver Beschreibungen und Bewertungen) möglich und würde vornehmlich Bezüge zu dem von Lazarus und Kollegen vorgestellten Stressbewertungs- und -bewältigungsmodell (vgl. Abschnitt 2.5) aufdecken. Demnach wären die hier vorgestellten Prozesse auch als (Teil-)Rekonstruktionen elterlicher Stressbewertungs-/Bewältigungsprozesse zu verstehen. Die Grenzen des der kognitiv-transaktionalen Stresstheorie entstammenden Modells für die Erklärung der vorgelegten Befunde wurden mehrfach diskutiert. Beispielsweise wird nicht zwischen beschreibenden und bewertenden Teilprozessen unterschieden, retrospektive Prozesse werden kaum thematisiert, auch Vergleichs-, Abwägungs- und Entscheidungsprozesse werden nicht konkretisiert. Bereits im Abschnitt 7.5.1 wurde zur Analyse elterlicher Bewertungs- und Bewältigungsprozesse die zusätzliche Nutzung des von Filipp und Ferring (2002) erstellten heuristischen Modells empfohlen, da dieses auch temporale und soziale Vergleichsprozesse einschließt. Zur weiteren theoretischen Fundierung sollten auch Konzepte anderer Autoren (z.B. Rothermund/Brandtstädter 1997; Hobfoll/Buchwald 2004) herangezogen werden. Auf abstrakterer Ebene bietet insbesondere der von Greve (1997a/b) diskutierte, deduktiv abgeleitete Vorschlag, eine Ist-Soll-orientierte Systematik der Bewältigungsformen zu erstellen, Effizienz als Ordnungsgesichtspunkt einzuführen und letztlich eine funktionelle Ordnung von Bewältigungsformen zu finden, sinnvolle Anknüpfungspunkte. Ein prozesshafte(re)s Verständnis von Bewältigung würde ermöglichen, die im Abschnitt 2.5 aufgeführten Formen und Funktionen von Bewältigung in ein gemeinsames Konzept zu integrieren. Würde Bewältigung zudem als Regulation verstanden, könnten neben sequenziellen auch hierarchische motivations- und handlungstheoretische Modelle stärkere Berücksichtigung finden.

Greve weist im Übrigen auch auf die methodischen Grenzen direkter Befragungen zur Erfassung einiger Bewältigungsformen (z.B. Verleugnung) hin (1997a: 22) - dies erklärt, dass die erhobenen Bedarfsbegründungen nur für jenen Bereich erfasst werden konnten, in welchem die elterlichen Gesprächspartner(innen) zu deren bewusster Reflexion bereit und fähig waren (vgl. Abschnitt 9.4).

Als ein Ziel professioneller Elternarbeit im neonatologischen Praxisfeld wurde die Förderung elterlicher Bewältigungsprozesse genannt (Abschnitt 2.6). Besteht die Beschreibung von Bewältigung jedoch vornehmlich in der wenig prozesshaften, kaum theoretisch fundierten Auflistung verschiedener

Bewältigungsformen (vgl. Abschnitt 2.5), lässt sich ein auf elterliche Bewältigungsprozesse bezogener Unterstützungsbedarf kaum sinnvoll geordnet beschreiben und vor allem begründen. Mit Hilfe des vorgelegten Modells können Ansatzpunkte professioneller Elternarbeit im Untersuchungsfeld veranschaulicht und insbesondere im Hinblick auf die Beeinflussung elterlicher Informationsverarbeitungsprozesse systematischer beschrieben werden. Dies betrifft in erster Linie die Beschreibungs- und Bewertungsunterstützung, welche die gezielte Bereitstellung und Vermittlung ausgewählter, zuvor als "geeignet" bewerteter beschreibungs- und bewertungsrelevanter Informationen beinhaltet, um die elterliche Aufmerksamkeit auf bisher nicht perzipierte Zustandsmerkmale und deren Ausprägungsgrade zu lenken. Dies kann auch die "Ablenkung" elterlicher Aufmerksamkeit von Informationen, welche als "ungeeignet" bewertet wurden, umfassen. Röhrle weist darauf hin, dass "Ablenkungsmanöver" die "Wahrnehmung präzisieren oder das Erregungsniveau mindern" könnten (1994: 129f).

Obwohl Röhrle die bewertungsbezogene Funktion sozialer Unterstützung in der Förderung einer günstigeren Bewertung von Stressoren sieht, wird im Untersuchungsfeld auch die Lenkung der elterlichen Aufmerksamkeit auf zusätzlich belastende Informationen nicht selten als Unterstützungsbedarf verstanden und unter Verweis auf längerfristige Ziele begründet (vgl. Abschnitt 7.6.2.1). Die von Knoll und Kollegen (2005: 105f) als "Bewertungsunterstützung" bezeichnete Unterstützungsform würde von anderen Autoren möglicherweise unter kognitive oder informationelle Unterstützung gefasst werden (vgl. Abschnitt 2.6). Der von Martinelli (1999) verwendete Begriff "Comparison (Validation, Appraisal) support" verweist bereits auf die der Einschätzung beziehungsweise Bewertung zugrunde liegenden Vergleiche. Martinelli schreibt, dass Eltern Frühgeborener wahrscheinlich wüssten, dass ihr Erleben sich vom Erleben bei Reifgeburt sehr unterscheide, möglicherweise aber nicht, welche Arten von Vergleichen zu anderen Kindern und deren Eltern hergestellt werden könnten.

7.6.4 Bedarfsbegründungen (perspektivenübergreifend)

Die Erörterung der Kriterien und Methoden zur Bedarfsbegründung beziehungsweise -feststellung offenbart die zentrale Rolle von Informationen. Die beschriebenen Informationsverarbeitungsprozesse bestehen insbesondere aus Vergleichen zwischen (verfügbaren) Ist- und Soll-Informationen. Diesbezüglich zeigte sich vor allem die Bedeutung temporaler, lokaler, personaler, dimensionaler und schließlich kriterialer Vergleiche für bedarfsbegründende Beschreibungen und Bewertungen. Zu deren Veranschaulichung wurde die folgende schematische Abbildung erstellt. Diese enthält insgesamt drei Achsen (Raum, Zeit, Wert), welche die Trennung zwischen Beschreibungen und Bewertungen verdeutlichen. Im Abschnitt 7.5.1 wurde angemerkt, dass dem Aspekt "Raum" auch die Aspekte "Person" und "Dimension" zugeordnet werden könnten - diese Zuordnung wurde hier aus Gründen der Übersichtlichkeit vorgenommen. Bezüglich der drei Achsen ist zu beachten, dass Zielvorstellungen wert- und zeitbezogene Aspekte integrieren, so dass die vorgenommene Trennung der Wert- von der Zeitachse nur für die Erklärung konkreter Beschreibungen und Bewertungen genutzt werden sollte. Eine (empirisch überprüfbare) Unabhängigkeit dieser Achsen voneinander ist hieraus nicht abzuleiten. Ebenfalls aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden zirkuläre / spiralförmige Verläufe sowie differen-

ziertere Angaben zur Sicherheit / Wahrscheinlichkeit von Erwartungen (gestrichelte Linien) nicht in die Abbildung aufgenommen. "Wird"-Zustände sind identisch mit Ist*-Zuständen. Die bedarfsbezogene Entscheidung für den bestbewerteten Wird-(bzw. Ist*)-Zustand und für die zugehörigen Einflussfaktoren oder benötigten Ressourcen wurde farblich beziehungsweise durch Fettdruck hervorgehoben.

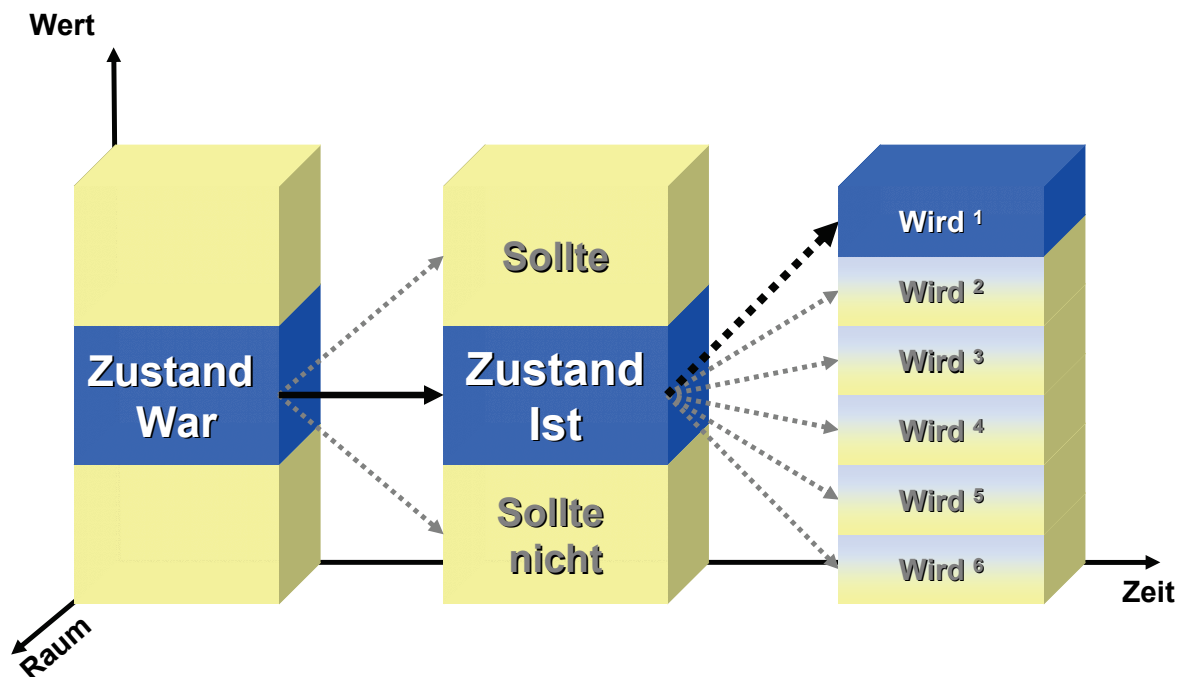


Abbildung 9: Prozessmodell der Bedarfsfeststellung

Das im Abschnitt 7.5 erläuterte Prozessmodell der Bedarfsfeststellung ermöglicht eine Bezugnahme nicht nur auf Theorien zu Vergleichsprozessen, sondern unter anderem auch auf Attributions-, Emotions-, Motivations-, Handlungs-, Entscheidungs- und Kontrolltheorien.

Durch die fortgesetzten Analysen konnten zunächst nicht erkennbare Verbindungen zwischen dem Bedarfs- und dem Bedürfniskonzept (wieder-)hergestellt werden (vgl. Abschnitt 2.7). Diese lassen sich zudem erklären, wenn beispielsweise die von Veiel und Ihle erarbeiteten Parallelen zwischen Unterstützungs- und Copingkonzept in Betracht gezogen werden: Die Bezeichnung von Verhaltenssequenzen hängt in der empirischen Forschung im Überschneidungsbereich von sozialer Unterstützung und Coping von der Perspektive des Beobachters beziehungsweise Untersuchers ab (1993: 63). Auch Klauer (1997: 97ff) wies, wie angemerkt, auf die funktionale Äquivalenz von Bewältigungsverhalten und sozialer Unterstützung hin.

Die Kenntnis der einer Bedarfsfeststellung zugrunde liegenden Prozesse kann auch zur Erklärung von Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen den aus verschiedenen Perspektiven entstehenden Bedarfsurteilen herangezogen werden (vgl. Abschnitt 3.2.3). Voraussetzung für die Nutzung von Informationen für Beschreibungen und Bewertungen ist jeweils deren Perzeption oder Verfügbarkeit. Ein hohes Ausmaß geeigneter und sicherer Informationen beziehungsweise geeigneten und sicheren Wissens wird daher als Ressource für die Bedarfsfeststellung angesehen. Die Teilprozesse zeigen, in

welcher Weise sich die Verfügbarkeit verschiedener Ressourcen beziehungsweise der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Bedarfsfeststellung auswirken kann und liefern damit Erklärungen für die Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs, welche im folgenden Abschnitt 7.7 vertiefend diskutiert wird.

7.7 Abhängigkeit des Unterstützungsbedarfs - Diskussion

Im ersten Teil der vorliegenden Schrift wurde zwischen individuums- und populationsbezogenen Bedarfsangaben unterschieden. Für populationsbezogene Bedarfsangaben wird der Einfluss personeller und situativer Merkmale selten berücksichtigt; für eine individuumsbezogene Bedarfsfeststellung (Fremdbeurteilung) sollten diese Einflüsse jedoch bekannt sein: "Needs are subjective and must be considered individually when planning care." (Norris/Grove 1986: 199). Der Schwerpunkt der nachfolgenden Angaben wird auf Aussagen zur Abhängigkeit fremdbeurteilten elterlichen Unterstützungsbedarfs von elterlichen Faktoren gesetzt (Abschnitt 7.7.1.2).

Tabelle 102: Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs

Textsegment (Professionelle)
"Also dis ist ja so'n breites Feld ... da gibt's eben welche, die wollen nichts und die brauchen auch nichts, und da gibt's welche, die wollen alles und bräuchten im Prinzip auch alles ... und dazwischen ist alles möglich."
"Das ist für mich immer ein bisschen schwierig, diesen Bedarf dann <u>ein</u> zuschätzen oder <u>ab</u> zuschätzen, weil der wiederum mit von der Persönlichkeit abhängt."

Im Abschnitt 3.3 wurden vorliegende Befunde zur Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs zusammengestellt. Die Systematisierung der Aussagen der im Rahmen dieser Studie befragten Gesprächspartner(innen) erfolgte ebenfalls anhand einer Unterscheidung in personelle und situative Faktoren. Da die aus dem reflektierten Erfahrungswissen der Gesprächspartner(innen) stammenden Angaben jedoch lediglich als Anhaltspunkte für bestehende Abhängigkeiten gewertet werden können, beschränkt sich deren Vorstellung auf exemplarische Äußerungen zu zentralen, mehrfach genannten Aspekten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eine differenziertere Ausarbeitung dieser Thematik wäre aufgrund begrenzt verfügbarer Ressourcen im Rahmen dieser Studie nicht leistbar gewesen.

7.7.1 Personelle Faktoren / Perspektive

Der Begriff "Perspektivenabhängigkeit" lässt sich zunächst wieder auf die beiden (Haupt-)Perspektiven der "Selbstbeurteilung" und der "Fremdbeurteilung" elterlichen Bedarfs beziehen. Diese Unterscheidung wurde auch für die Vorstellung perspektivenvergleichender Studien im Abschnitt 3.2.3 und für die Vorstellung der eigenen Forschungsbefunde im Abschnitt 7.5 gewählt. Da die hier erhobenen Daten aufgrund des Studiendesigns reflexiver Art sind und keine Repräsentativität vorliegt, wurde jedoch auf generalisierte Aussagen zur Perspektivenabhängigkeit weitestgehend verzichtet. Die Analysen deckten vor allem vielfältige Parallelen im Hinblick auf die Bedarfsbegründungen auf. Dem im Abschnitt 7.5 vorgestellten Modell sind Erklärungsansätze für die Perspektivenabhängigkeit zu entnehmen, da hier Einflussfaktoren benannt werden, welche aufgrund verschiedener Voraussetzungen zu unterschiedlichen Bedarfsurteilen führen können. Der Begriff "Perspektivenabhängigkeit" kann darüber hinaus auf Merkmale von Einzelpersonen bezogen werden. Merkmale sowohl professioneller als

auch elterlicher Personen können sich auf den selbst- und auch auf den fremdbeurteilten Bedarf auswirken. Verschiedene diesbezügliche Angaben der Gesprächspartner(innen) wurden bereits im Abschnitt 7.5 genannt und werden im Folgenden ergänzt.

7.7.1.1 Professionelle

Im Datenmaterial fanden sich einige Angaben zur Abhängigkeit des selbst- und fremdbeurteilten elterlichen Unterstützungsbedarfs von Merkmalen professionell tätiger Personen. Als beeinflussende Merkmale wurden von den Gesprächspartner(inne)n beispielsweise die Zuschreibung von Verantwortung, die Berufsgruppe, das Alter, das vorhandene Wissen und Können, individuelle Werte (vgl. Tabelle 80) und das Engagement genannt. Auswirkungen dieser Faktoren wurden für die individuums- und/oder populationsbezogene Bedarfsfeststellung angegeben. Im Abschnitt 3.2.3 wurden hingegen ausschließlich Auswirkungen auf populationsbezogene Bedarfsaussagen betrachtet.

Tabelle 103: Abhängigkeit - Person (Professionelle), Beispiele

Textsegment (Eltern)	Merkmal(e)
"Klar, die Kinderkrankenschwestern sind ja hauptsächlich für die Kinder <u>zuständig</u> , aber manchmal hat man wirklich das Gefühl, dass man ja als Eltern ... außen <u>vor</u> steht oder ... ja, nicht richtig <u>einbezogen</u> wird. Also das ist nicht bei .. es gibt .. ja, <u>manche</u> , also . viele sind lieb und nett und . <u>binden</u> einen mit ein, aber es gibt eben manche, wo man wirklich das Problem dann hat, ja, ich werd hier nicht <u>wahrgenommen</u> ."	Zuschreibung von Verantwortung
"Wenn man immer die gleichen Schwestern hat, dann weiß man schon, welche man <u>gut fragen</u> kann, welche sich auch kümmern und welche halt <u>nicht</u> ."	Engagement
"Also ich merke natürlich, die Schwestern begegnen einem freundlich und so .. und der Arzt kommt vorbei, der zuständige ... diensthabende Arzt kommt und spricht. Der Oberarzt, das ist schon wieder eine andere Ebene .. der Oberarzt, der <u>kennt</u> einen nicht, der dreht sich nicht um und guckt nicht und grüßt nicht... Da sieht man halt, der spielt in einer anderen Liga."	Berufsgruppe / Status
Textsegment (Professionelle)	Merkmal(e)
"So, wie ich jetzt hier rede, hat jede Schwester auch ein anderes <u>Bild</u> und 'ne andere <u>Wahrnehmung</u> und jeder empfindet Unterstützung von Eltern auch unterschiedlich, jeder <u>gibt</u> sie unterschiedlich."	Beschreibung / Bewertung
"Genauso wie wir das ja auch haben, dass wir einfach Kinder haben, mit denen wir total gerne arbeiten, Eltern haben, mit denen wir ganz gerne auch plaudern und reden, und wo man auch immer wieder hingeht, selbst wenn man nicht mehr in dem Zimmer ist."	Werte / Vorlieben
"Und so ist es zum Beispiel in der Kommunikation, was ich immer so gerne gemacht habe, dass ich immer versucht habe, den Eltern <u>irgendetwas</u> mit auf den Weg zu geben."	
"In meiner Arbeit gehe ich ja immer so von .. also, so ist es für mich, geh für meine Arbeit von mir <u>selber</u> aus, wie ich <u>drauf</u> wär' und .., immer mit der Vorstellung, wie wäre <u>ich</u> , wenn mein <u>Kind</u> hier liegen würde."	Einfühlungsvermögen

"Ich glaube, dass zum Beispiel . <u>Seelsorge</u> , <u>Sozialpädagogin</u> und auch <u>Schwestern</u> inzwischen sehr .. viel mehr geschult sind, was Rhetorik und Kommunikation <u>betrifft</u> , als es in der Ärzteschaft bisher üblich <u>war</u> ."	Berufsgruppe / Kompetenzen
<i>bezogen auf elterliche Kritikäußerungen:</i> "Es gibt ganz viele junge Schwestern, die <u>verunsichert</u> das <u>total</u> , weil sie selber dann anfangen zu <u>zweifeln</u> an dem, was sie machen."	Alter / Erfahrung

Der Einfluss personeller Faktoren Professioneller auf fachliche Bedarfsschätzungen (Fremdurteil) wurde bisher nur für andere Praxisfelder untersucht (vgl. Abschnitt 3.3.1.1). Die hier zusammengestellten Angaben lassen jedoch einige Parallelen vermuten und wären durch weitere Untersuchungen zu ergänzen. Zum Einfluss von Merkmalen Professioneller auf elterliche Unterstützungsbedürfnisse (Selbsturteil) fanden sich in den herangezogenen Quellen (Abschnitt 3.3.1.1) kaum Angaben. Sofern diese Merkmale als Zustandsmerkmale verstanden würden, ließe sich deren jedoch Einfluss aus dem im Abschnitt 7.5 vorgestellten Modell ableiten.

7.7.1.2 Eltern

Das Datenmaterial enthielt vielfältige Angaben zum Einfluss elterlicher Merkmale auf den selbst- und fremdbeurteilten elterlichen Unterstützungsbedarf. Angaben elterlicher Gesprächspartner(innen) zu diesem Einfluss fanden sich allerdings nur wenige; dies wird auf unterschiedlich verfügbare Informationen, vor allem aber auf unterschiedliche Relevanzsetzungen der beiden Befragengruppen (vgl. Abschnitt 7.1.2) zurückgeführt. Aufgrund der zudem größeren Praxisrelevanz der differenzierteren Angaben der professionellen Gesprächspartner(inne)n werden nachfolgend ausschließlich diese exemplarisch vorgestellt.

Als beeinflussende Faktoren wurden vor allem jene Merkmale genannt, welche bereits in den Abschnitten 7.2, 7.3 und 7.5 aufgeführt und von den Befragten als Ressourcen oder Risikofaktoren bewertet wurden (Abschnitt 7.5.6). Zusätzlich wurden Merkmale benannt, für welche - da sie im Rahmen der professionellen Elternarbeit nicht oder nur wenig beeinflussbar sind - keine Soll-Ausprägungsgrade angegeben wurden. Deren Einfluss auf den elterlichen Unterstützungsbedarf ließe sich aufgrund ihrer Auswirkung auf elterliche Beschreibungen, Bewertungen und Entscheidungen erklären. Hierzu gehören insbesondere Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnsituation, familiäre Verpflichtungen, kultureller Hintergrund, fundamentale Wertvorstellungen und weitere Persönlichkeitsmerkmale. Einige Textsegmente zur Reflexion dieser Zusammenhänge werden hier exemplarisch aufgeführt. Sofern sich diese auch auf eine abhängige Bedarfsart beziehen, wurde diese ebenfalls angegeben.

Tabelle 104: Abhängigkeit - Person (Eltern), Beispiele

Textsegment (Professionelle)	Merkmal(e)
"Manche Eltern, wenn die selber schon Kinder haben, die <u>wissen</u> natürlich, wie man 'ne Windel wechselt, Eltern, die ganz jung sind oder wie auch immer, das erste Kind haben, da hineingestürzt wurden, für die ist das was ganz <u>Aufregendes</u> , ja, was ganz Besonderes, was ganz <u>Einmaliges</u> , das erste Mal bei ihrem Kind die Windeln zu wechseln."	Familiensituation Wissen, Alter → Bewertung
"...Bedürfnisse der Eltern auch sehr, sehr unterschiedlich, je nachdem, welcher Status die sind und <u>wie alt sie sind</u> , das ist wichtig." "Mit jemandem, die vielleicht gerade 45 Jahre alt ist und ihr erstes Kind bekommen hat, kann man sicherlich nicht so ganz locker und direkt sprechen, um sie zu erreichen, wie mit 'ner Minderjährigen, wo man es einfach <u>machen muss</u> , um die irgendwie auch ein Stück weit auch bewegen zu können zum Nachdenken oder Aufnehmen dieser Informationen."	Status, Alter → Bedürfnisse (allgemein) → Informationsbedarf
" <u>Jüngere</u> Eltern, die <u>natürlich</u> schwanger geworden, und dann einfach ein Fröhchen, ein bisschen zu früh geboren, die <u>wollen</u> das gar nicht lesen. Die können ihr Kind viel eher so <u>annehmen</u> , wie es jetzt <u>ist</u> , und wenn es dann Probleme gibt, dann lesen sie über dieses <u>eine Problem</u> ."	Alter, Bildung → Informationsbedarf
"Jetzt wirklich die doch etwas einfacheren Elternpaare, mit denen man einfach offen und direkt reden muss, damit sie das auch verstehen, worum es geht, als die doch intellektuellen Eltern, etwas älteren Eltern oftmals schon, die sich denn da sehr gediegen ausdrücken und einen ganz anderen Sprachgebrauch haben und darüber eher das verstehen und auch ernst nehmen können natürlich."	
"Insbesondere Eltern aus 'ner höheren <u>Bildungsschicht</u> haben einen wesentlich höheren Informationsbedarf als Eltern aus 'ner niederen sozialen oder Bildungsgruppe. Weil sie anders <u>fragen</u> auch. Sie haben auch mehr <u>Verantwortungsgefühl</u> für ihr Kind. So, oder sie denken, ja, dass der Arzt halt, man sich <u>nicht</u> immer hundertprozentig verlassen kann, sondern immer mal nachfragen."	Bildung → Verantwortung, Fremdbewertung, Informationsbedarf
"... bei <u>älteren</u> Müttern mehr dieses <u>Überbesorgte</u> , <u>Schuldfragen</u> , sehr <u>ängstliche</u> Umgehen mit den Kindern im Vordergrund steht ... Unsicherheit zeigen ... und diese Mütter auch häufiger Schuldgefühle verbalisieren ... mit denen sie kämpfen [...]. Das passiert eher bei den <u>älteren</u> Müttern häufiger im Gespräch als bei den jüngeren."	Alter → Informations- / Entlastungsbedarf
"Das macht sie genauso hilflos wie auch ganz, ganz junge Eltern, also das ... würd' ich jetzt <u>nicht</u> irgendwie ... ähm .. also ich glaube, also jedenfalls, ich verhalte mich nicht <u>anders</u> , ob da jetzt 'ne <u>achtzehnjährige</u> Mutter vor mir steht oder 'ne <u>achtunddreißigjährige</u> . Also, jetzt nicht vom <u>Alter</u> , irgendwie."	Alter → Entlastungsbedarf
"Väter <u>versuchen</u> , versuchen . sie verstecken ja dann immer eher so ihre eigene Emotionalität und versuchen immer viel praktischer zu reagieren ... mit so 'nem scheinbaren Coolsein." "Zwischen Müttern und Vätern .. is' meine Beobachtung, dass schon .. die Väter oft mehr .. medizinische Informationen brauchen, so, also oder .. <u>wünschen</u> eher, und die Mütter .. gut mit dem zurechtkommen, einfach ihr Kind zu beobachten und zu seh'n wie's ihm geht, also, die sich mehr auf die Beziehung zum Kind einlassen, und die Väter oft mehr so die Informationen von außen haben wollen."	Geschlecht → Informations- bedürfnisse

<p>"Es gibt aber eben andere, die von Hause aus sagen: 'Ja, das ist kein Problem, das kann ich alles.' Und das sind nicht nur immer welche, die schon fünf Kinder zu Hause haben. Sondern das ist auch 'ne Persönlichkeitsfrage... Das erfordert die Erfahrung der Schwestern und auch natürlich von uns Ärzten, das ein bisschen einzuschätzen."</p>	<p>Persönlichkeit → Unterstützungsbedarf</p>
<p>"Bei den <u>deutschen</u> Familien ist das eher .. <u>ja</u>, da ist <u>schon</u> auch Oma und Opa, aber da hat man auch oft so das Gefühl, dass ... die können dann auch mal nach 'ner <u>Woche</u> kommen, oder so am Wochenende bringen sie sie dann <u>mit</u>, und bei türkischen Familien ist ja <u>doch</u> so der familiäre Halt - <u>Zusammenhalt</u> anders, und da ist es ganz wichtig, dass irgendwie <u>jeder</u> mal gucken kann und kommen kann und so."</p>	<p>Kultur → Bewertung</p>

Der Einfluss elterlicher Faktoren auf den selbstbeurteilten Bedarf wurde in mehreren Studien untersucht, welche teilweise auch das neonatologische Praxisfeld betreffen (Abschnitt 3.3). Da dieser Einfluss hier nicht gezielt untersucht wurde, wird er an dieser Stelle nicht zusätzlich diskutiert. Zum Einfluss elterlicher Faktoren auf professionelle Bedarfsschätzungen fanden sich in den gesichteten Quellen keine Angaben. Die Analysen der empirischen Daten zeigen allerdings, dass die von den professionellen Gesprächspartner(inne)n benannten Faktoren zu einem großen Teil mit jenen übereinstimmen, welche auch für den selbstbeurteilten Bedarf (Abschnitt 3.3) benannt wurden. Ihre Einflussrichtung wird allerdings in einigen Fällen (z.B. Geschlecht) unterschiedlich beurteilt.

7.7.2 Kindbezogene und situative Faktoren

Zu den situativen Faktoren wären aus elterlicher Sicht auch Merkmale Professioneller und aus professioneller Sicht auch elterliche Merkmale zu zählen. Da es sich in beiden Fällen um urteilende Personen handelt, wurden diese Abhängigkeiten oben thematisiert. Kindbezogene Faktoren sollen hier jedoch als situative Faktoren separat aufgeführt werden. Die professionellen Gesprächspartner(innen) wiesen im Gegensatz zu den befragten Eltern wesentlich differenzierter auf die Abhängigkeit elterlichen Unterstützungsbedarfs von kindbezogenen Faktoren hin. Dies wäre erneut auf die sehr unterschiedlichen Rollen im Untersuchungsfeld zurückzuführen. Als Einflussfaktoren wurden insbesondere Reifegrad (Schwangerschaftswoche), Geburtsgewicht, Geburtsumstände und kindlicher Gesundheitszustand genannt. Die Angaben der professionellen Gesprächspartner(innen) zu einigen Aspekten (z.B. Reifegrad) variieren allerdings.

Tabelle 105: Abhängigkeit - Kindbezogene Faktoren

Textsegment (Professionelle)	Merkmal(e)
"Wenn ich also von der 25. Schwangerschaftswoche ausgehe [...], dann ist da so ein <u>winzig</u> kleines Geschöpf im Inkubator, was nicht mal aussieht wie ein <u>Baby</u> , große Augen und rundes Gesicht, mhmh [<i>verneinend</i>], ist ja alles nicht. Dieses Kind <u>anzunehmen</u> , da ist ein ganz <u>anderer</u> Bedarf, als wenn ich jetzt ein <u>reifes</u> Kind habe, wo die Mutter mit ganz <u>anderen</u> Ängsten daherkommt."	Reifegrad → Akzeptanzbedarf, Entlastungsbedarf
"Bei 'ner 23. Woche ist eben einfach der Unterschied, dass man sich einfach <u>viel</u> mehr dazu holt, also wie gesagt, dass eben die Gespräche mit den Eltern viel länger dauern. Also, wenn ich dann Schicht habe, wenn ich arbeite über acht Stunden, dass ich teilweise drei oder vier Gespräche mit den Eltern habe, <u>immer wieder</u> und für jeden Moment, den ich mit den Kindern arbeite."	Reifegrad → Informationsbedarf (Intensität)
""Ne Mutter, die ein Kind in der 30. Schwangerschaftswoche bekommt und nicht darauf vorbereitet ist, sie fällt genauso in ein Loch wie so 'ne Mutter, die in der 23. Woche ein Kind bekommt. Also, das <u>nimmt</u> sich nichts. Beide sind total verunsichert, beide haben ganz viel Ängste, beide haben .. erleben 'ne Situationen, die sie vorher nicht durchdacht haben, die sie vorher noch nie erlebt haben, und der Verlust oder die Angst von diesem Kind ist bei weitem genauso groß ... also das nimmt sich nichts."	Reifegrad → Entlastungsbedarf
"Es gibt einfach, glaube ich, einen großen Unterschied, in was für einer Schwangerschaftswoche das Kind geboren wurde, unter welchen Umständen dieses Kind geboren wurde und dann noch in diesen zeitlichen Abschnitten: wenn das Kind ganz frisch auf Station gekommen ist, wenn das Kind einfach eine ganze Weile da ist oder wenn die Eltern <u>vorbereitet</u> werden auf 'ne Entlassung, und in diesen Sparten unterscheiden sich einfach die Bedürfnisse."	Reifegrad, Geburtsumstände, Aufenthaltsdauer
"Also, hängt einerseits wieder vom Gesundheitszustand vom Kind ab, ...also Kinder in .. wirklichen Krisensituationen, medizinischen Krisensituationen, da brauchen die Eltern deutlich <u>mehr</u> Betreuung von allen Seiten [...], Unterstützung und Hilfe einfach als jetzt .. beim Kind, das, sag ich jetzt mal, mit zweiunddreißig Wochen auf die Welt kommt."	Gesundheitszustand, Reifegrad → Bedarfsumfang

Auch die zur Abhängigkeit elterlichen Unterstützungsbedarfs von kindbezogenen Faktoren vorliegenden, im Abschnitt 3.3.2 vorgestellten Studienergebnisse enthielten einige widersprüchliche Angaben.

Die Abhängigkeit elterlichen Unterstützungsbedarfs von situativen Merkmalen betrifft weiterhin den Zeitfaktor - dieser bezieht sich in vielen Äußerungen auf die Dauer des Klinikaufenthalts. Den Angaben der Gesprächspartner(innen) zufolge ändern sich im Zeitverlauf mehrere Bedarfsarten in qualitativer und quantitativer Weise. In den Abschnitten 7.3 und 7.5 wurden verschiedene Textsegmente bereits aufgeführt, welche diese Abhängigkeit verdeutlichen. Diese bezogen sich beispielsweise auf das Erleben der Elternrolle ("Muttergefühl"), den elterlichen Bedarf an (unterschiedlichen) Kompetenzen oder den Bedarf an (unterschiedlichen) Kontaktarten. Die folgenden Beispiele verdeutlichen, in welcher Hinsicht insbesondere die Änderung des Informationsbedarfs aus professioneller Perspektive beschrieben wird:

Tabelle 106: Abhängigkeit - Zeit (Beispiele)

Textsegment (Professionelle)	Bedarfsart
<p>"Die erste Zeit hat ganz viel mit Aufklärung zu tun, ganz viel mit Gesprächen zu tun, was kommt, was <u>erwartet</u> mich, was passiert für diesen Moment. Und das ist in der ersten Zeit ganz intensiv, da konzentriert sich das auf den <u>Moment</u>, <u>immer</u> nur auf den Moment. Und dann, wenn die Kinder einfach ein bisschen größer werden, oder wenn die Kinder etwas älter werden und ein bisschen stabiler werden, geht es darum, dann, die Unterstützung, die Eltern zu integrieren, in der Pflege mit zu integrieren, mehr mit einzubringen, sich selber einen <u>Plan</u>, den Tagesablauf, also ihnen selber einen Tagesablauf zu geben, wie sie damit umgehen, wie sie sich <u>einbringen</u> können und dann, glaube ich, irgendwie zum Schluss, wie sie sich da vorbereiten - wie es ist, mit so einem Kind nach Hause zu gehen und mit so einem Kind zuhause umzugehen. Und dann kommt ja wiederum auch das <u>Neue</u> dazu, wenn es 'ne häusliche Krankenpflege gibt, oder wie man sie darauf vorbereitet."</p>	<p>Information</p> <p>Orientierung</p> <p>Verantwortung</p> <p>Vorbereitung</p>
<p>"Ich glaube, es ändert sich halt einfach mit der Zeit, irgendwie von dem, was die Eltern <u>wissen</u> wollen und irgendwann <u>nicht</u> mehr wissen wollen. Ja, man bekommt es einfach signalisiert, und man bekommt es einfach in diesen Fragen."</p>	<p>Information</p>
<p>"Wenn sie dann auf der [<i>Name der nachfolgenden Station</i>] sind, dann ändert sich das ein Stück weit, dann werden, dann werden die Fragen <u>konkreter</u> [...]. Weil mehr nach einem <u>Fahrplan</u> gefragt wird. Wie geht es denn dann <u>weiter</u>, wie ist es denn dann mit <u>der</u> Untersuchung, und wann wird denn ... die Operation XY oder die da jetzt noch notwendig ist, wann wird die und <u>dann, und dann</u> ist mein Kind gesund (?) und so. Das ist <u>viel</u> konkreter."</p>	<p>prognostische Information</p>

Die Zeitabhängigkeit insbesondere des elterlichen Informationsbedarfs wurde auch von Brazy und Mitarbeiterinnen (2001) beschrieben (vgl. Abschnitt 3.3). Helliwell (2003) thematisierte sie als qualitative und quantitative Änderung der benötigten Informationen und Informationsquellen. Höchste Priorität hätten zu Beginn des Klinikaufenthaltes kindbezogene Informationen. Die genutzten Informationsquellen bestanden zu Beginn des Klinikaufenthaltes aus nur einer geringen Anzahl; später wurden - über personelle Quellen hinaus - zunehmend auch "sekundäre" Quellen wie Bücher und Internetseiten verwendet. Das Verstehen von und das Erinnern an Informationen seien vor allem zu Beginn des Klinikaufenthaltes für Eltern schwierig, würden im Verlauf jedoch deutlich zunehmen.

Auch in dem von Kusch und Kollegen (1996: 92) beispielsweise für das pädiatrisch-onkologische Praxisfeld vorgestellten Krankheitsbewältigungsmodell wurden drei Phasen unterteilt, welche die Veränderung familiärer Belastungen und daraus resultierender Bewältigungsbemühungen im Zeitverlauf verdeutlichen (vgl. Panagl et al. 2005: 16). Für den psychosozialen Behandlungsbedarf bei Tumorkranken erwähnen auch Pouget-Schors und Degner eine Zeitabhängigkeit (2002: 31).

7.8 Quantitative Bedarfsbeschreibung

Der Schwerpunkt dieser Studie wurde auf die Nutzung qualitativer Methoden und die Erstellung eines Kategoriensystems zur Bedarfsbeschreibung gesetzt. Einige qualitativ arbeitende Autoren halten auch quantitative Auswertungen für sinnvoll (z.B. Kuckartz 2005: 118ff). Schmidt führte beispielsweise Häufigkeiten in Form quantifizierender Materialübersichten auf (1997: 560ff). Auch Kasper und Nyamathi gaben in ihrer qualitativen Studie die Häufigkeit von Nennungen beziehungsweise von Codierungen unter bestimmten Codes / Kategorien an (1988, PICU).

In der vorliegenden Studie könnten quantitative Aussagen die Relevanz einzelner Bedarfsarten oder deren benötigten Umfang betreffen; diese ließen sich beispielweise über als "besonders wichtig" benannte Bedarfsarten oder über die Häufigkeit von Nennungen erfassen. Die Häufigkeit von Nennungen ist allerdings nicht notwendigerweise identisch mit der Relevanz (vgl. Kuckartz 2005: 119f). Vergleichende Häufigkeitsauswertungen für die von der Autorin befragten Teilgruppen hätten explorativen Wert, da sie Unterschiede und weitere Auffälligkeiten im Datenmaterial zeigen könnten (vgl. Kuckartz 2005: 120).

Das verwendete QDA-Programm unterstützt quantitative Auswertungen über die "Matrix der Codehäufigkeiten". Die Auszählung von Häufigkeiten würde allerdings die vorherige Zuordnung aller geeigneten Textsegmente zu einem vollständigen, überschneidungsfrei ausgearbeiteten und verbindlich festgelegten Kategoriensystem erfordern⁴⁴. Diese Voraussetzung war aufgrund der erläuterten Grenzen des hierarchischen Kategoriensystems nicht gegeben; die Erfassung komplexer Wechselbeziehungen erfolgte zudem über Mehrfachcodierungen. Angesichts der Zielstellungen der Studie, des umfangreichen Datenmaterials und der begrenzt verfügbaren Ressourcen entschied sich die Autorin, auf quantifizierende Bedarfsangaben weitestgehend zu verzichten. Einige wenige Angaben sind in der Vorstellung der sechs Teilprozesse (z.B. Abschnitt 7.5.2) enthalten. Aufgrund der geringen Aussagekraft der Untersuchung zur Bedarfsquantität erfolgt an dieser Stelle keine Diskussion im Hinblick auf den bisherigen Forschungsstand.

⁴⁴ Die Erfassung von Häufigkeiten hätte erfordert, alle "Vorkommnisse" vollständig zu codieren und im Anschluss die "Vorkommnisse pro Kategorie zu zählen" (Glaser/Strauss 1998: 117 Fußnote).

8. Zusammenfassung

8.1 Vorarbeiten

In dieser Studie wurde der Bedarf von Eltern zu früh geborener Kinder an professioneller Unterstützung während des Klinikaufenthalts untersucht. Zur Auswertung verschiedener Publikationen zum Untersuchungsgegenstand war es zunächst erforderlich, die Facetten der im Untersuchungsfeld verwendeten Konzepte zu analysieren und präzisere Begriffsbestimmungen vorzunehmen (Kapitel 2). Die inhaltliche Differenzierung des aus der Versorgungsforschung stammenden Bedarfskonzepts zeigte unter anderem, dass dieses auch das Bedürfniskonzept einschließt, theoretische Verbindungen zwischen beiden Konzepten (jenseits des Kriteriums der Perspektive) jedoch kaum erkennbar sind. Als zur Beschreibung von Bedarf relevante Aspekte wurden insbesondere "Perspektive", "Abhängigkeit", "Kriterien/Methoden", "qualitative und quantitative Beschreibung" sowie "Bezugssystem" unterschieden, vorgestellt und diskutiert (Abschnitt 2.7). Die durch Literaturanalyse gewonnenen Beschreibungen zum elterlichen Unterstützungsbedarf in neonatologischen und verwandten Praxisfeldern wurden den erarbeiteten Aspekten nach strukturiert vorgestellt und diskutiert (Kapitel 3).

Frage- und Zielstellungen der vorliegenden Studie wurden im Vorwort und in der Einleitung umrissen und im vierten Kapitel - dem Prinzip der Offenheit (vgl. Abschnitt 7.1) entsprechend - präzisiert. Angesichts sowohl vorbereitend als auch untersuchungsbegleitend gesichteter Studien sowie vor dem Hintergrund des entstehenden Datenmaterials erwartete die Autorin, den elterlichen Unterstützungsbedarf auf empirischer Datenbasis präziser als bisher beschreiben zu können. Die angestrebte qualitative Bedarfsbeschreibung sollte nach Möglichkeit durch Angaben zu weiteren relevanten Bedarfsaspekten ergänzt werden. Themen der Bedarfsdeckung und der elterlichen Zufriedenheit sollten jedoch nicht explizit berücksichtigt werden. Die qualitativ ausgerichtete Datenerhebung und -auswertung wurde im sechsten Kapitel beschrieben. Hierbei wurden sowohl die verschiedenen Formen des Codierens differenziert als auch die Grenzen der verwendeten Methoden aufgezeigt. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden im siebten Kapitel in detaillierter Form vorgestellt und in Bezug sowohl auf vorhandene Erkenntnisse als auch auf theoretisches Grundlagenwissen diskutiert. Im Folgenden wird nun in zusammenfassender Form beurteilt, inwieweit es gelungen ist, die (Eingangs-)Fragestellung zu beantworten und die gesetzten Ziele zu erreichen.

8.2 Beantwortung der Forschungsfrage

8.2.1 Qualitative Bedarfsbeschreibung

8.2.1.1 Hierarchisch strukturierte Beschreibung

Die Fragestellung dieser Untersuchung bezog sich vorrangig auf die qualitative Beschreibung elterlichen Unterstützungsbedarfs. Während der Sichtung theoretischer Grundlagenliteratur sowie vorhandener Studien und Instrumente zur Bedarfserfassung ließen sich die Bemühungen verschiedener Autoren erkennen, Bedarfs- und/ oder Bedürfnisarten sowohl nach inhaltlichen Kriterien (qualitativ) als auch nach Relevanzsetzung (quantitativ) in hierarchischer Weise zu beschreiben. Daher erwartete auch die Autorin der vorliegenden Publikation, eine nach inhaltlichen Kriterien hierarchisch strukturierte Bedarfsbeschreibung erstellen zu können. Eine faktorenanalytische Ordnung sollte nicht erfolgen.

Die Analyse der für die Bedarfsbeschreibung generierten Kategorien offenbarte eine Vielzahl von Teilaspekten und Wechselbeziehungen zwischen diesen Kategorien. Die angestrebte hierarchische Ordnung der Bedarfsarten ließ sich aufgrund impliziter sequenzieller Bezüge mit den gewählten Methoden letztlich nicht herstellen. Die sich während der Umsetzung der Datenauswertungsmethode ergebenden Grenzen wurden im Abschnitt 6.2.2 diskutiert und werden im Hinblick auf die Aussagekraft der Befunde unter dem Kriterium "Limitation" erneut aufgegriffen. Die qualitativ beschreibende Auflistung elterlicher Bedarfsarten erfolgte statt in hierarchischer in linearer Form und konnte so mit den in anderen Studien vorgestellten qualitativen Bedarfsbeschreibungen verglichen werden (Abschnitt 7.2). Die vergleichende Analyse führte - unter Berücksichtigung von Bedarfsbeschreibungen auf verschiedenen Abstraktionsniveaus - zur Feststellung sowohl mehrerer Parallelen als auch einiger Differenzen. Mögliche Gründe für dieses Ergebnis wurden im Abschnitt 7.2.3 diskutiert. Da eine umfassende Darstellung der im Datenmaterial auffindbaren Teilaspekte und Beziehungen auf dem Abstraktionsniveau der gebildeten Kategorien die verfügbaren Ressourcen überschritten hätte, wurden diese Beziehungen im Anschluss nur anhand exemplarisch ausgewählter Kategorien präsentiert. Hierbei war ein Kompromiss zwischen dem Anspruch an eine hohe Detailliertheit und dem Anspruch an eine möglichst viele Bedarfskategorien umfassende Darstellung nötig (Abschnitt 7.3). Angesichts der präsentierten Forschungsbefunde zu den Bedarfsbegründungen sind insbesondere im Hinblick auf den elterlichen Informationsbedarf vielfältige weitere Differenzierungsmöglichkeiten zu erkennen. Zentrale Aspekte der Thematik sowie bereits vorliegende Studien wurden in den entsprechenden Abschnitten benannt; diese Erkenntnisse sollten in künftigen Untersuchungen stärkere Berücksichtigung finden.

8.2.1.2 Sequenziell strukturierte Beschreibung

Im fortgesetzten Bemühen um eine Integration der Konzepte wurde der Schwerpunkt der Analysen zunehmend auf die Aufdeckung auch nicht-hierarchischer Bezüge zwischen den verschiedenen Bedarfsarten verschoben (vgl. Abschnitt 7.4). Diese Analysen führten zugleich zur Systematisierung der erhobenen professionellen und elterlichen Begründungen des Unterstützungsbedarfs.

8.2.2 Bedarfsbegründungen

Die Begründungen verwiesen sowohl auf relevante Kriterien zur Bedarfsfeststellung als auch auf der Bedarfsfeststellung vorauslaufende, komplexe Informationsverarbeitungsprozesse, welche zu einer bedarfsbezogenen Entscheidung führen. Diese Prozesse und deren Beziehungen untereinander wurden schließlich in einem rekonstruierten, perspektivenübergreifenden "Modell der Bedarfsfeststellung" integriert. Dessen Vorstellung im Abschnitt 7.5 erforderte die Wahl eines wesentlich höheren Abstraktionsniveaus als die Vorstellung der Bedarfsarten in den Abschnitten 7.2 und 7.3. Daher wurde besonders darauf geachtet, die vorgestellten Bezüge jeweils anhand verschiedener Textsequenzen zu konkretisieren. Für die Vorstellung der insgesamt sechs Teilprozesse im Abschnitt 7.5 wurde eine lineare Darstellungsform gewählt, jedoch wurde mehrfach auf spiralförmige Rückkopplungsprozesse hingewiesen. Spiralförmige Prozesse schließen sowohl hierarchische als auch sequenzielle Beziehungen ein. Beschreibende und bewertende Prozesse wurden getrennt erläutert und zusätzlich in einem Schema veranschaulicht (Abbildung 9). Zentrale Ergebnisse zu den Bedarfsbegründungen der beiden Befragengruppen wurden bereits im Abschnitt 7.6 zusammenfassend diskutiert.

Tabelle 107: Teilprozesse der Bedarfsfeststellung

Teilprozess	Charakteristik
1	Beschreibungen aktueller Zustände
2	Bewertungen aktueller Zustände
3	Retrospektive Kausalbeschreibungen
4	Retrospektive Kausalbewertungen
5	Prospektive Beschreibungen
6	Prospektive Bewertungen, Abwägungen, bedarfsbezogene Entscheidung

8.2.3 Abhängigkeit

Als potenzielle Einflussfaktoren auf den elterlichen Unterstützungsbedarf beziehungsweise auf elterliche Unterstützungswünsche wurden personelle und situative Faktoren identifiziert. Hierzu vorliegende Befunde wurden im ersten Teil der Schrift vorgestellt und im zweiten Teil durch Angaben aus dem Datenmaterial ergänzt. Letztere sind aufgrund des Studiendesigns nur als Anhaltspunkte zu verstehen. Es zeigten sich verschiedene Parallelen zwischen den hier erhobenen Daten und den Befunden aus anderen Praxisfeldern. Erklärungsansätze für bestehende Abhängigkeiten wurden den Angaben der Gesprächspartner(innen) entnommen, insbesondere in den Abschnitten 7.3 und 7.5 systematisiert und auch unter Bezugnahme auf theoretisches Grundlagenwissen diskutiert. Kenntnisse zur Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs sollten genutzt werden, um professionelle Unterstützungsformen gezielt auf individuelle Bedarfs-/Bedürfnislagen abzustimmen.

8.3 Erreichung der Zielstellungen

Im Rahmen der vorliegenden Studie ist es gelungen, einen Überblick über relevante Beschreibungsspekte des elterlichen Unterstützungsbedarfs im Untersuchungsfeld sowie über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen, eine Systematisierung vorhandenen, bedarfsbezogenen Erfahrungswissens vorzunehmen und eine fruchtbare Verbindung zu verschiedenen theoretischen Konzepten herzustellen. Der Umfang der zu integrierenden Teil-Konzepte und insbesondere die Erarbeitung des Modells zur Bedarfsfeststellung führten weit über die ursprünglichen Zielstellungen hinaus. Die Erwartung der Autorin, einen hierarchisch strukturierten Überblick über die Arten des elterlichen Unterstützungsbedarfs geben zu können, konnte aufgrund der komplexen Beziehungen zwischen den Bedarfsarten hingegen nicht erfüllt werden. Inwieweit die vorgelegten Studienergebnisse von theoretischer und praktischer Bedeutung sein können, wird im Abschnitt 9.6 erörtert.

9. Gütediskussion und Ausblick

Die folgende Diskussion vertieft die Zusammenfassung insbesondere im Hinblick auf die Güte der vorliegenden Untersuchung. Die Beurteilung der Güte der Ergebnisse und des Einflusses möglicher Verzerrungstendenzen kann anhand spezifischer Qualitätskriterien vorgenommen werden - für die Bewertung qualitativ angelegter Studien wird allerdings eine Vielzahl von Kriterien mit unterschiedlicher Gewichtung diskutiert; Flick (2004: 317) spricht gar von einem ungelösten Bewertungsproblem qualitativer Forschung. An anderer Stelle weist der Autor darauf hin, dass zur Geltungsbegründung qualitativer Forschung vor allem die Analyse der Forschung als Prozess gefragt sei (2004: 343). Die Vorschläge weiterer Autoren können hier nicht vollständig wiedergegeben werden. Beurteilungskriterien für Untersuchungen mit der Grounded Theory wurden von Strauss und Corbin (1996: 214ff) genannt. Weitere Zusammenstellungen finden sich auch bei Steinke (2000) und Mayring (2002: 140ff). Ohne die Diskussion um die Angemessenheit klassischer, der quantitativen Forschung entlehnter Kriterien aufzugreifen, wird die Relevanz der drei Hauptgütekriterien einführend kurz erwähnt.

Objektivität (vs. Subjektivität) bezieht sich auf die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der Person des Forschers beziehungsweise der Forscherin. Da die Ergebnisse qualitativer Forschung diesen Anspruch jedoch nicht einlösen könnten, empfiehlt Steinke, eine hohe intersubjektive Nachvollziehbarkeit anzustreben (2000: 324).

Reliabilität bezieht sich auf die Genauigkeit oder Replizierbarkeit der Ergebnisse. In der qualitativen Forschung wird Reliabilität durch die "Prüfung der Verlässlichkeit von Daten und Vorgehensweisen" (Flick 2004: 322) beurteilt. Die als prozedural verstandene Reliabilität lässt sich durch "reflexive Dokumentation des Forschungsprozesses" erhöhen (a.a.O.). Die Prüfung der Reliabilität betrifft damit zunächst die Qualität der Aufzeichnung und Dokumentation von Daten (Flick 2004: 320). Das Zustandekommen der Daten soll durch genaue Angaben zum Leitfaden und zu den Transkriptionsregeln verdeutlicht werden (vgl. Flick 2004: 321). Reliabilität betrifft weiterhin die Vorgehensweise bei der Datenauswertung. Für den Prozess der induktiven Kategorienbildung unterscheidet Mayring zwischen formativer und summativer Reliabilitätsprüfung, welche in Rückkopplungsschleifen erfolgen (2000b).

Validität meint die Gültigkeit der Ergebnisse und wird in der qualitativen Forschung ebenfalls etwas anders als in der quantitativen Forschung verstanden (Steinke 2000: 323). Validität ist nach Flick ein Aspekt der Geltungsbegründung (2004: 317ff) und bezieht sich erstens auf "das Zustandekommen der Daten" mit der Frage, "inwieweit die Konstruktionen des Forschers in den Konstruktionen derjenigen, die er untersucht hat, begründet sind." (2004: 323f). Im Abschnitt 6.2.1.3 erfolgte daher eine Analyse der Interviewsituation (vgl. Flick 2004: 324, 355). Validität bezieht sich zweitens auch auf "die Darstellung von Phänomenen und daraus abgeleiteten Schlüssen" mit der Frage, "inwieweit für andere diese Begründetheit nachvollziehbar wird." (Flick 2004: 323f) - dies entspricht der oben genannten intersubjektiven Nachvollziehbarkeit. Für die Validierung (Geltungsabsicherung) werden verschiedene

Strategien vorgeschlagen (Witzel 1996: 66ff; Matt 2000: 585f). Kommunikative und diskursive Validierung dienen der Überprüfung der empirischen Verankerung. Hierbei werden die Forschungsergebnisse den untersuchten Personen zur Bewertung ihrer Gültigkeit vorgelegt ("member check" nach Steinke 2000: 320). Eine diskursive Validierung kann auch in der Forschergruppe (Team), beispielsweise im Rahmen eines regelmäßig stattfindenden Forschungskolloquiums erfolgen (vgl. Jungbauer et al. 2002, Glaser/Strauss 1998: 114). Bei der Validierung am Text werden vorläufige, hypothetische Interpretationen anhand weiteren Datenmaterials überprüft (vgl. Witzel 1996: 66f). Meuser und Nagel schreiben: "Der Prozess der Kategorienbildung impliziert einerseits ein Subsumieren von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchenden Begriff, andererseits ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs." (2005a: 88). Die Nutzung der von Flick unter Geltungsbegründung am Text subsumierten Strategien (2004: 355f) wurde beziehungsweise wird hier mehrfach erläutert. Die Validierung am Text wurde insbesondere unter "Codieren Typ IV" beschrieben. Die erstellten vorläufigen Kategorien wurden entweder über erneut zu erhebendes Material (theoretical sampling) oder anhand bereits vorhandenen Materials überprüft und gegebenenfalls "aufgefüllt". Der jederzeit mögliche Rückgriff auf das vollständige Textmaterial war hierfür sehr hilfreich.

Als wesentliche Validierungsstrategie betrachtet Matt (2000: 585) die Nachvollziehbarkeit durch Offenlegung des Vorgehens, Präsentation ausgewählten Datenmaterials und Visualisierung theoretischer Zusammenhänge. Die Triangulation (vgl. Abschnitt 6.1) wird von Flick ebenfalls als methodischer Ansatz zur Validierung verstanden, da sie einer systematischen Erweiterung und Vervollständigung von Erkenntnismöglichkeiten dient (Flick 2004: 330ff). Mayring führt die Triangulation als eines von sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung auf (2002: 147f). Schließlich werden auch Relevanz und Angemessenheit der Analyse von Matt (2000: 586) als Kriterien der Validität genannt.

Für die Geltungsbegründung qualitativ gewonnener Ergebnisse ist argumentativ vorzugehen (Mayring 2002: 149). Steinke (2000: 325) empfiehlt, ein System von Bewertungskriterien zu verwenden, welches möglichst viele Aspekte abdeckt. Anhand der von dieser Autorin genannten "Kernkriterien" werden in den folgenden sieben Abschnitten die Güte der vorliegenden Studie diskutiert und Möglichkeiten zur weiteren Erhöhung der Güte erörtert:

- 9.1. Transparenz
- 9.2. Indikation des Forschungsprozesses
- 9.3. Empirische Verankerung
- 9.4. Limitation
- 9.5. Kohärenz
- 9.6. Relevanz
- 9.7. Reflektierte Subjektivität

Im letzten Abschnitt (9.8 Ausblick) werden Überlegungen zu möglichen Zielstellungen künftiger Forschungsprojekte formuliert.

9.1 Transparenz

Die Herstellung von Transparenz und intersubjektiver Nachvollziehbarkeit wurde bereits als Validierungsstrategie benannt. Sie erfordert eine präzise Dokumentation des Forschungsprozesses, welche Steinke zugleich als ein Hauptkriterium bezeichnet. Transparenz und Nachvollziehbarkeit betreffen sowohl den Weg zu subjektiven Daten als auch den Weg von subjektiven Daten zu allgemeineren Aussagen (Flick 2003: 447). Durch die Lektüre der entsprechenden Abschnitte der vorliegenden Schrift möge sich der Leser beziehungsweise die Leserin einen Eindruck verschaffen, inwieweit das Streben nach Transparenz erfolgreich war.

Das theoretische Vorverständnis wurde im ersten Teil der Schrift expliziert. Nochmals ist darauf hinzuweisen, dass nur ein Teil der dort aufgeführten Angaben bereits vor Beginn der Datenerhebung und -analyse vorlag. So wurden beispielsweise die Forschungsergebnisse zu elterlichen Unterstützungsbedürfnissen auf pädiatrischen Stationen erst im späteren Verlauf der empirischen Studie genauer analysiert. Zu Beginn bestand vor allem der Eindruck einer für die Neonatologie fehlenden Datengrundlage, so dass die Studie explorativ ausgerichtet wurde und die Interviewführung nach dem beschriebenen Prinzip der Offenheit erfolgte. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass das theoretische Vorverständnis wenig Einfluss auf die Datenerhebung hatte. Zielstellungen und untersuchungsleitende Forschungsfragen wurden ebenfalls im ersten Teil der Schrift formuliert und begründet. Die genutzten Informationsquellen, Datenerhebungsmethoden und der Erhebungskontext wurden im Abschnitt 6.2.1 beschrieben. Hinsichtlich der Intersubjektivität ist auch auf die Vergleichbarkeit der Interviewtexte aufgrund des gemeinsam geteilten institutionell-organisatorischen Kontexts der Befragten hinzuweisen (vgl. Meuser/Nagel 2005a: 81f).

Die Transkriptionsregeln sind im Anhang einzusehen. Die Dokumentation der erhobenen Daten konnte aufgrund des Datenumfangs innerhalb der Publikation nur ausschnittsweise ("selektive Plausibilisierung") erfolgen; Auszüge aus zwei verschiedenen Interviewprotokollen befinden sich zur Veranschaulichung im Anhang. Selbstverständlich können auch diese nur einen Teil der jeweiligen Interaktionen wiedergeben; insbesondere nonverbale Aspekte der Kommunikation wurden nur ansatzweise erfasst. Beschreibungen und Begründungen für die Zusammenstellung der Auswertungsmethoden erfolgten in Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des Einsatzes kodifizierter Verfahren für die Untersuchung des Forschungsgegenstandes. In diesem Zusammenhang wurden die jeweils zu erwartenden Probleme benannt, die Entscheidung für eine Kombination von Elementen mehrerer Verfahren begründet sowie das konkrete Vorgehen der Datenauswertung beschrieben. Diese Beschreibungen erfolgten in teilweise präziserer Form als in den jeweils zitierten Quellen. Die Bewertungskriterien werden im aktuellen Abschnitt diskutiert.

Die kommunikative / diskursive Validierung erfolgte mit der Gruppe der Untersuchten bereits während der Interviewführung. Die Studie selbst wurde nicht von einer Forschergruppe durchgeführt; die Autorin stellte ihre Zwischenergebnisse jedoch mehrfach in verschiedenen fachlichen Kontexten

(Symposium, Kongress, Forschungsgruppe) zur Diskussion. Die erhaltenen Rückmeldungen flossen in die weiteren Analysen und Darstellungen ein. Die Diskussion der Ergebnisse wird nach Fertigstellung der Publikation fortgesetzt. Überlegungen und Entscheidungen zur Darstellung der Ergebnisse wurden an entsprechender Stelle mitgeteilt.

9.2 Indikation des Forschungsprozesses

Auch die Gegenstandsangemessenheit des Forschungsprozesses ist ein Gütekriterium. Zur Begründung des gewählten Studiendesigns wurden methodische und methodologische Aspekte in die theoretischen Ausführungen zum Bedarfsbegriff (Abschnitt 2.7) und die Darstellungen des Forschungsstands (Kapitel 3) integriert und im zweiten Teil der Schrift konkretisiert. Datenerhebung und -auswertung fanden im Hinblick auf die eingangs gestellten Forschungsfragen statt; die genutzten Methoden wurden speziell für diese Untersuchung zusammengestellt. Erhebungs- und Auswertungsverfahren sollten den Prinzipien der Offenheit entsprechen und eine "abduktive Haltung" unterstützen. Vorwissen und Erwartungen wurden ebenso beschrieben wie auftretende Schwierigkeiten und "Irritationen". Die Datenerhebungen innerhalb des untersuchten Kontexts erfolgten über einen Zeitraum von insgesamt 24 Monaten, so dass eine ausreichende Anwesenheitsdauer im Feld angenommen wird.

Der Datenauswertungsprozess wurde insbesondere durch Bildung von Unterformen des Codierens detailliert beschrieben. Wahl und Anwendung der Transkriptionsregeln (siehe Anhang) wurden erläutert. Auch die Wahl der Samplingstrategie wurde begründet; Grenzen der praktischen Umsetzbarkeit wurden genannt und notwendige methodische Entscheidungen dokumentiert. Der Einsatz des EDV-Programms erleichterte die Datenverwaltung erheblich. Für die Abbildung sequenzieller und spiralförmiger Bezüge wäre die Wahl eines netzwerkstrukturierten Kategoriensystems möglicherweise jedoch sinnvoller gewesen. Ein ambivalent beurteilter Punkt ist die Angemessenheit des Untersuchungsdesigns angesichts der verfügbaren Ressourcen. Eine vorab stärkere Theorieorientierung hätte den eigenen Analyseaufwand verringern können; vermutlich wären in diesem Fall jedoch einige themenrelevante Aspekte verborgen geblieben und auch theorievergleichende Diskussionen kaum möglich gewesen. Die "Angemessenheit der Analyse im Hinblick auf die Erkenntnis über den Gegenstandsbereich" (vgl. Matt 2000: 586) wird unter dem Kriterium der Relevanz (9.6) aufgegriffen. Die Angemessenheit der Bewertungskriterien wurde eingangs diskutiert.

9.3 Empirische Verankerung

Die empirische Verankerung der Studie betrifft den Anspruch einer in den Daten begründeten Bildung und Überprüfung der erarbeiteten Konzepte und Zusammenhänge und wird insbesondere von Strauss und Corbin für die Grounded Theory gefordert (1996: 218ff). Für eine externe Bewertbarkeit der Arbeit unter diesem Kriterium wurden die Bildung des Kategoriensystems und die nachfolgenden Interpretationsschritte systematisch und detailliert beschrieben und anhand der jeweils angegebenen Beispiele veranschaulicht. Insbesondere der Umgang mit Widersprüchen (und "Brüchen") führte, wie dargestellt, zum Schreiben von Memos, zu Umbenennungen von Codes beziehungsweise Kategorien

und zu wiederholten Neuordnungen des Kategoriensystems, um eine inhaltlich kohärente Darstellung zu erreichen.

Die für die Erarbeitung der vorgestellten Ergebnisse durchgeführten Analysen beinhalteten nicht nur die Erstellung geeigneter Codes / Kategorien, sondern auch die Benennung zwischen diesen bestehenden Zusammenhänge. Das Vorgehen zur Überprüfung vorläufig genutzter Begrifflichkeiten wurde detailliert beschrieben.

Zur empirischen Verankerung dient auch die oben bereits angesprochene kommunikative Validierung. Eine Form der kommunikativen Validierung erfolgte in den Interviews mit Eltern und Professionellen und wäre als kommunikative Datenerhebung (vgl. Meuser/Nagel 2005: 81) zu bezeichnen. Die kommunikative Validierung kann nach Abschluss der nun vorliegenden Auswertung fortgesetzt werden.

Die für die einzelnen Kategorien angegebenen Merkmale (Eigenschaften) und die Beziehungen (Verknüpfungen) zwischen den Kategorien wurden in die Ergebnispräsentation integriert und tragen zur Erklärungskraft der Studienergebnisse bei (vgl. Strauss/Corbin 1996: 218ff). Unter dem Aspekt der Abhängigkeit des elterlichen Bedarfs wurden modifizierende Faktoren mit ihrem jeweiligen Einfluss thematisiert. Sie stellen die das Phänomen variierenden Randbedingungen dar. Der von Strauss und Corbin (1996: 220) hervorgehobene Prozessaspekt spielte in den Analysen eine besondere Rolle.

9.4 Limitation

Das Kriterium der Limitation betrifft die Grenzen des Geltungsbereichs beziehungsweise der Verallgemeinerbarkeit. Im Zusammenhang mit der Darstellung des Forschungsstands (Kapitel 3) wurde jeweils angegeben, für welchen Praxisbereich die Angaben zum elterlichen Bedarf galten. Um die Grenzen auch für die empirische Studie zu erkunden, wurden verschiedene Methoden eingesetzt - insbesondere ist hier die im Abschnitt 6.2.1 beschriebene Samplingstrategie der maximalen Variation zu nennen. Da inhaltliche Limitationen auch aus methodischen Limitationen resultieren, sollen diese hier in Ergänzung zu früheren Ausführungen benannt werden. Die Samplingstrategie war aufgrund begrenzter Ressourcen auf ausgewählte Aspekte zu beschränken. Auch die angestrebten Vergleiche waren aufgrund des eingesetzten Leitfadens in nur eingeschränktem Maße möglich. Vergleiche zwischen den beiden "Hauptperspektiven" wurden daher auf Einzelaspekte begrenzt. Die über Befragungen erhebbaren Daten sind zudem an eine Reflexionsfähigkeit und Auskunftsbereitschaft der Befragten gebunden. Weder präattentiv zu verstehende Bedürfnisse noch implizites Expertenwissen können über diese Befragungen vollständig erfasst werden. Auch emotionales / affektives Erleben wurde im Vergleich zu kognitiven Prozessen wesentlich spärlicher beschrieben (selbst der in einigen Textsegmenten enthaltene Begriff "Gefühl" war eher als Ausdruck von Unbestimmtheit zu verstehen). Die Aussagekraft der Ergebnisse zu den tatsächlich genutzten Kriterien und Methoden der Bedarfsfeststellung ist daher notwendigerweise begrenzt. Für die empirische Erfassung einiger Bewältigungsformen weist auch Greve (1997a: 22, 25f, 29) auf methodische Grenzen hin. Diese sind der Introspektion nicht zu-

gänglich (Muthny 1997: 63) und daher auch nicht direkt erfragbar, wie Greves Beispiel zeigt ("Neigen Sie zu Verleugnung?" - "Nein, nicht dass ich wüsste.").

Da auch eine für die Interviewführung nicht ausreichende Sprachbeherrschung ein Ausschlusskriterium war, konnten insbesondere Bedürfnisse des entsprechenden Personenkreises nur im Fremdurteil erfasst werden. Für die Interpretation sind außerdem auch potenzielle Selbstdarstellungstendenzen (Mummendey 1995) zu berücksichtigen. Sofern die Erfassung von Prozessen der Bedarfsfeststellung von Studienbeginn an explizit angestrebt worden wäre, hätten prozessbegleitende Datenerhebungen beziehungsweise Erhebungen einzelfallbezogener Beschreibungen spezifischere Angaben zum Forschungsgegenstand erbringen können.

Um die Nachteile einzelner Datenerhebungsmethoden auszugleichen, empfahlen Royse und Drude (1982: 99f) "multiple approaches". Die Grenzen des hier - im Rahmen der verfügbaren Ressourcen - praktizierten Vorgehens könnten daher überwunden werden, wenn die gewählten Zugänge um weitere Zugänge ergänzt würden. Die Untersuchung enthält beispielsweise keine Aussagen zum tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten - hierfür könnten Beobachtungen oder Dokumentenanalysen gültigere Informationen liefern (vgl. Pfaff/Bentz 2003: 434).

Auch die Grenzen der Auswertungsmethoden wurden bereits diskutiert. Sie resultierten unter anderem aus der hierarchischen Form des gewählten Kategoriensystems. Das in dieser Studie erstellte Modell stützt sich auf Daten, welche über nichtrepräsentative, leitfadengestützte Befragungen erhoben wurden. Die Überprüfung der Studienergebnisse erfolgte im Rahmen der beschriebenen Validierungsmöglichkeiten, jedoch nicht auf statistischem Wege. Die Auswertung beschränkte sich auf qualitative Aspekte unter weitestgehendem Verzicht auf quantitative Analysen. Die Grenzen der Analysen wurden zudem durch eine in der qualitativen Forschung nicht zu eliminierende Subjektivität der Forscherin (s.u.) bestimmt. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie lassen sich keine Feststellungen zum "objektiven" Bedarfsumfang (im Sinne der Terminologie innerhalb der Versorgungsforschung) treffen.

Die in dieser Publikation enthaltenen Darstellungen beziehen sich in ihrer Reichweite auf das benannte Untersuchungsfeld der Neonatologie und damit auf "ein bestimmtes Sachgebiet oder empirisches Feld", so dass Glaser und Strauss von einer "materialen" Theorie sprechen würden (1998: 42ff). Die Integration und Diskussion der Studienergebnisse führte allerdings auch über dieses unmittelbare Untersuchungsfeld hinaus und erlaubte sowohl das Herstellen von Vergleichen mit anderen Praxisfeldern als auch die Einbindung der Studienergebnisse in übergeordnete theoretische Zusammenhänge ("formale Theorie").

9.5 Kohärenz

Auch die Überprüfung der Kohärenz der Darstellungen dient zur Gütebeurteilung. Die Autorin unternahm verschiedene Bemühungen, um die immer wieder auftretenden Widersprüche zwischen ver-

schiedenen Darstellungsweisen aufzulösen. Mehrfach wurden deshalb Kategorien sowie Abschnitte und Kapitel der entstehenden Publikation umbenannt, verschoben, umformuliert, neugeordnet und zueinander in Beziehung gesetzt. Dies war insbesondere deshalb nötig, weil die zur Bedarfsbegründung (-feststellung) benannten Kriterien nur unter Berücksichtigung zugehöriger inhaltlicher Zusammenhänge sinnvoll beschrieben werden konnten. Ohne diese Bemühungen hätten zudem die Bezüge zu theoretischem Grundlagenwissen nicht übersichtlich dargestellt werden können. Die Offenlegung weiterhin ungelöster Fragen und bestehender Widersprüche erfolgte sowohl in den detaillierten als auch in den zusammenfassenden Darstellungen.

9.6 Relevanz

Das Kriterium der Relevanz stellt ein zentrales Argument für qualitativ ausgerichtete Studien dar (vgl. Steinke 2000: 330). Die Relevanz der Fragestellung wurde in den auf die Ziele von Bedarfsanalysen bezogenen Abschnitten mehrfach diskutiert. Welche Nutzen haben nun aber die mit dieser Publikation vorgelegten Forschungsergebnisse? Diese Frage werden verschiedene Leser(gruppen) vermutlich anhand unterschiedlicher Kriterien beantworten (vgl. Matt 2000: 586). Vertreter theorienäherer und Vertreter praxisnäherer Professionen sowie beispielsweise Eltern zu früh geborener Kinder selbst werden die folgenden Ausführungen der Autorin daher wohl jeweils auch nach eigenen Relevanzkriterien gewichten.

9.6.1 Theorierelevanz

Steinke und auch Matt beziehen das Kriterium der Relevanz auf die Frage nach der "Erweiterung des Diskussions- und Deutungsrahmens sozialer Wirklichkeit" (Matt 2000: 586). Die in dieser Publikation vorgestellten und diskutierten Zusammenhänge liefern ein konzeptuelles Grundgerüst, welches das bisher recht unübersichtliche Untersuchungsfeld strukturiert. Besonderer Wert wurde der Klärung und Präzisierung zentraler Begriffe beigemessen. Insbesondere die verschiedenen Facetten des aus der Versorgungsforschung stammenden und oft vieldeutig verwendeten Bedarfskonzepts wurden systematisiert, im Hinblick auf einzelne Teilaspekte differenziert und zu weiteren Konzepten in Beziehung gesetzt. Die vorgelegte Ordnung kann für die Vielschichtigkeit der Thematik sensibilisieren, bedarfsbezogene Fachdiskussionen befruchten sowie deren Niveau anheben. Die in der Publikation enthaltenen Systematisierungen können zudem für nachfolgende Studien verwendet werden und so den Zeitaufwand für die klärenden Vorarbeiten zum Bedarfskonzept reduzieren. Das vorgelegte Modell schafft auch eine Ordnung für die Sichtung empirischer Befunde (vgl. Greve 1997a: 29), indem es ermöglicht, Ergebnisse bedarfsbezogener Studien in ein übergeordnetes Gesamtkonzept zu integrieren und definierte Beziehungen zwischen diesen Ergebnissen herzustellen.

Die Untersuchung erbrachte darüber hinaus Angaben über die im neonatologischen Praxisfeld benannten Bedarfsarten, welche das in vorhandenen Fachpublikationen beschriebene Bild elterlicher Wünsche und Bedürfnisse strukturieren und erweitern. Die Darstellungen liefern zudem Erklärungen für das interessierende Phänomen: Indem sie (modellhaft) zeigen, welche Kriterien und Prozesse der Be-

darfsfeststellung zugrunde liegen, werden die Entstehung einzelner Bedarfsarten, inhaltliche Zusammenhänge zwischen diesen Bedarfsarten und auch die Abhängigkeit des festgestellten Bedarfs von verschiedenen Einflussfaktoren verständlich.

Die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen in Untersuchung und Theoriebildung ermöglichte, vielfältige Bezüge zu theoretischem Grundlagenwissen herzustellen. Dies erlaubte beispielsweise, den Prozess professioneller Bedarfsfeststellung als Unterform des Diagnostizierens, des professionellen Handelns (vgl. Pfadenhauer 2005b) und letztlich auch des (sozialen) Handelns in allgemeiner Form zu erklären. Das ursprünglich wirtschaftswissenschaftliche Bedarfskonzept kann damit auch in die sozialwissenschaftliche Theoriebildung eingebunden werden. Indem nicht nur Entsprechungen, sondern auch Differenzen zu grundlegenden Theoriekonzepten benannt wurden, liefern die vorgelegten Studienergebnisse Anregungen zur Spezifizierung, Systematisierung und/oder Erweiterung bestehender Konzepte und Theorien. Sie können daher nicht nur praxisbezogene Diskussionen (beispielsweise zur professionellen Bedarfsfeststellung, zu professionellen Unterstützungsleistungen und zu elterlichen Bewältigungsprozessen), sondern auch grundlagenbezogene Diskussionen bereichern.

Da die geführten grundlagenbezogenen Diskussionen zu den Bedarfsbegründungen einen erhöhten Abstraktionsgrad aufweisen, ist ihre Praxisrelevanz möglicherweise nicht unmittelbar erkennbar. Diese Frage wird deshalb nachfolgend erörtert.

9.6.2 Praxisrelevanz

Glaser und Strauss diskutieren die praktische Anwendbarkeit der vom Forscher generierten allgemeinen Kategorien und deren Eigenschaften unter den Gesichtspunkten der Eignung, Verständlichkeit, Allgemeingültigkeit und Kontrolle (1998: 40, 241ff). Eignung meint die Passung oder Angemessenheit der Darstellungen für den Sachbereich. Da die hier vorgestellten Ergebnisse sich in unmittelbarer und nachvollziehbarer Weise auf das Untersuchungsfeld beziehen und die strukturierten Darstellungen durch vielfältige Zitate veranschaulicht wurden, kann dieses Kriterium zunächst als erfüllt angesehen werden. Da die Verwendungsforschung allerdings zeigte, dass gewonnenes Wissen nicht umstandslos in die Praxis transferiert wird, sondern hierzu gesonderter Vermittlungsprozesse bedarf (von Kardorff 2000: 618ff), wären für einzelne Anwendungsfelder beispielsweise spezifisch zusammengestellte Teilpublikationen denkbar.

Die Verständlichkeit der Darstellungen wurde durch die Erläuterung verwendeter Konzepte sowie durch eine Vielzahl von Tabellen mit Textbeispielen und Abbildungen unterstützt. Bezüge innerhalb der entstehenden Theorie wurden auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus hergestellt. Um die Überschaubarkeit (vgl. Steinke 2000: 330) der Darstellungen zu erhöhen, wurden Bemühungen zur Komplexitätsreduktion unternommen, ein hoher Strukturierungsgrad angestrebt, Selektionen vorgenommen und auf weitergehende Differenzierungen und Beispiele verzichtet. Zentrale Ergebnisse wurden in einem integrativen Prozessmodell veranschaulicht. Die Diskussion der Befunde vor dem Hintergrund

theoretischer Grundlagen ermöglicht zudem eine Anknüpfung an das im Praxisfeld vorhandene Fachwissen.

Allgemeingültigkeit bezieht sich auf das gewählte Abstraktionsniveau, welches sowohl eine Sensibilität als auch eine Flexibilität für die Vielzahl relevanter Variablen sichern soll. Der von Steinke (2000: 330) unter "Relevanz" erwähnte Aspekt der Verallgemeinerbarkeit wurde bereits unter "Limitation" diskutiert.

Mit Kontrolle schließlich meinen Glaser und Strauss die Möglichkeit, situative Realitäten analysieren, verstehen, vorhersagen und beeinflussen zu können (1998: 51, 249). Dies betrifft erneut die Frage nach der möglichen "Verwendung" der qualitativ ausgerichteten Studien entstammenden Konzepte, Forschungsergebnisse und Methoden in verschiedenen Praxisfeldern - von Kardorff (2000) erwähnt hier unter anderem wissenschaftlich gestütztes berufliches Handeln; Steinke fragt nach Anregungen für Problemlösungen (2000: 330).

Da die im Untersuchungsfeld tätigen Professionellen in engem persönlichen Kontakt zu den Eltern der jungen Patienten stehen und - wie Elternbefragungen (z.B. Miles et al. 1996) zeigten - auch als relevante Unterstützungsquellen perzipiert werden, sind elterliche(r) Unterstützungsbedarf und -bedürfnisse zentrale Themen in der stationären Versorgung. Die vorgelegten Ergebnisse ermöglichen ein genaueres Verständnis der gegebenen Versorgungssituation (vgl. Pfaff 2003: 22). Sie können insbesondere dazu beitragen,

- die professionelle Sensibilität für die Bedarfsthematik und deren verschiedene Teilaspekte zu erhöhen,
- die professionelle Wahrnehmung und Beschreibung elterlicher Bedürfnisse im alltäglichen Handlungskontext zu differenzieren,
- die der Bedarfsfeststellung zugrunde liegenden Beschreibungs- und Bewertungsprozesse zu reflektieren, zu analysieren und zu kommunizieren,
- unterschiedliche Bedarfseinschätzungen zu erklären,
- elterliche Unterstützungswünsche zu antizipieren,
- elterliche Bewältigung im neonatologischen Kontext prozessbezogen zu verstehen,
- geeignete Ansatzpunkte für bewältigungsprozessorientierte Unterstützungsarbeit zu identifizieren und
- Methoden der professionellen Elternarbeit zu systematisieren.

Die im Abschnitt 7.5 vorgelegten Analyseergebnisse veranschaulichen insbesondere, dass die Beschreibung und Bewertung von "Realität" und damit auch elterliches Erleben und Befinden von der

jeweiligen Ausrichtung der Aufmerksamkeit abhängen und Chancen professioneller Elternarbeit daher unter anderem in der Nutzung vorhandener Interpretationsspielräume bestehen.

Annahmen zur Art und zur Abhängigkeit elterlichen Bedarfs strukturieren auch die Bildung bedarfsbezogener Vorhersagen und präventiver Erwägungen. Populationsbezogene Kenntnisse elterlicher Bedürfnisse können für die auf Bewährtem aufbauende Planung von Unterstützungsangeboten herangezogen werden und die Erstellung strukturierter und begründeter Konzepte erleichtern. Diese bieten nicht nur Orientierung, indem sie professionelle Handlungsoptionen und deren Rahmenbedingungen aufzeigen, sondern können aufgrund ihrer Schriftform auch reflektiert, diskutiert und überarbeitet werden. Ihre Transparenz trägt zur Nachvollziehbarkeit getroffener Entscheidungen bei; die aus ihnen abgeleiteten und begründeten Unterstützungsformen können zudem hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht werden. Fundierte Konzepte für die Elternarbeit in neonatologischen Einrichtungen stellen daher einen unverzichtbaren Beitrag zur Qualitätssicherung dar und erleichtern den Zugang zu knappen Ressourcen. Obwohl die Aspekte der Bedarfsdeckung und der elterlichen Zufriedenheit in der vorliegenden Studie nicht untersucht wurden, ist darauf hinzuweisen, dass die Zufriedenheit von Eltern und Familien, deren Bedürfnisse wahrgenommen und erfüllt werden, nicht zuletzt auch ein Maß für die subjektive Versorgungsqualität und damit ein "Aushängeschild" für die jeweilige Station beziehungsweise Klinik sind.

9.7 Reflexion eigener Subjektivität

Die "reflektierte Subjektivität" gilt aufgrund der aktiven Beteiligung der Forscher(in) am Zustandekommen der Ergebnisse als besonderes Gütekriterium qualitativer Forschung. Die Befragung bietet als reaktive Erhebungsmethode (Pfaff/Bentz 2003: 434) den Vorteil einer kommunikativen Validierung, lässt die Forscherin aber auch zum integralen Bestandteil des Forschungsprozesses werden. Mit dem Hinweis darauf, dass die Beschreibung der hier untersuchten Phänomene von der Perspektive des Beobachters oder Untersuchers abhängt, unterstrichen auch Veiel und Ihle (1993: 63) diesen Einfluss. Eine umfassende, vollständige Reflexion der in den Forschungsprozess eingebrachten Subjektivität ist selbstverständlich nicht möglich; Faktoren wie Forschungsinteresse, Vorannahmen, Kommunikationsstil und biographischer Hintergrund sollten jedoch reflektiert werden (Steinke 2000: 330ff).

Die den Forschungsprozess begleitenden Reflexionen wurden in den entsprechenden Abschnitten dieser Schrift dokumentiert. Die Annäherungsschritte an das Forschungsfeld wurden ebenso erläutert wie die Eingangserwartungen der Autorin und die Überlegungen und Entscheidungen während der Datenerhebungs- und -auswertungsprozesse.

Die persönlichen Voraussetzungen der Forscherin bestanden in einer fundierten Ausbildung als Diplom-Psychologin mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation. Erfahrungen mit zuvor durchgeführten qualitativ angelegten Untersuchungen waren ebenso vorhanden wie in mehrjähriger diagnostischer und therapeutischer Praxis unter Nutzung verschiedener Gesprächstechniken erworbene kommunika-

tive Kompetenzen. Die detaillierte Vorbereitung auf die Untersuchung ist zudem in dieser Schrift dokumentiert.

Die Herstellung von Vertrauensbeziehungen zwischen Forscherin und Informanten wurde durch die im sechsten Kapitel benannten Methoden zur Sensibilisierung für das Untersuchungsfeld und zum Auftreten im Untersuchungsfeld unterstützt. Dennoch ist anzunehmen, dass Eltern- und auch Experteninterviews beispielsweise unter besonderer Hervorhebung ausgewählter Aspekte sowie Auslassung problematischer oder kritischer Punkte erfolgten. Zur gezielten Reflexion der Interaktionsverläufe wurden Postskripte angefertigt und ausgewertet (siehe Abschnitt 6.2.1). Für Elterngespräche ist beispielsweise zu vermuten, dass die Rolle der Interviewerin - insbesondere durch die notwendige Verwendung des Briefkopfes einer Klinik für das Elterninformationsblatt - trotz diesbezüglicher Erläuterungen nicht eindeutig von der des Klinikpersonals zu trennen war. Einige elterliche Gesprächspartner(innen) wiesen auch selbst auf ihre vom Klinikpersonal abhängige Position hin. Für die mit den professionellen Gesprächspartner(inne)n geführten Gespräche wurden anzunehmende Tendenzen zur Selbstdarstellung ebenfalls erwähnt.

Eine Einschränkung persönlicher Voraussetzungen bestand darin, dass die Untersuchung nur durch eine Einzelperson durchgeführt wurde und daher kein "konsensuelles Kodieren" nach Hopf und anderen Autoren (vgl. Kuckartz 2005: 90, 94) stattfand. Die Reflexion des Forschungsprozesses in einer Forschergruppe erfolgte aufgrund beschränkt verfügbarer Ressourcen ebenfalls nur sporadisch. Die Bemühungen der Autorin, die möglicherweise resultierenden Einschränkungen der Validität auszugleichen, wurden oben bereits diskutiert.

Die ursprünglich angestrebte qualitative Deskription des Forschungsgegenstandes führte über dessen Detailanalyse zu einem als irritierend erlebten Zerfall der Hauptkategorie "Unterstützungsbedarf/Arten". Die fortgesetzten Analysen deckten komplexere Beziehungen auf, welche insbesondere in den frühen Auswertungsphasen nur bruchstückhaft überblickt werden konnten, da anschauliche Darstellungsmöglichkeiten (jenseits von Memos) fehlten. Die für die schrittweise Integration der Daten und für die Herstellung und Diskussion von Theoriebezügen erforderliche wiederholte Umbenennung und Neuordnung von Kategorien fand nicht nur während des Codierens, sondern auch während der Zusammenstellung der Studienergebnisse im Rahmen der entstehenden Publikation statt. Alle Phasen der Datenauswertung waren daher verbunden mit wechselndem Erleben von Verunsicherung / Zweifeln, Erstaunen / Überraschung und Bestätigung / Freude. Hierbei immer wieder "einen Schritt zurückzutreten", um den Blick aus seiner Vertiefung in Detailanalysen heraus auf ein übergeordnetes Abstraktionsniveau richten zu können, erwies sich als hilfreiche, erkenntnisfördernde Methode. Auch das Erstellen vorläufiger Papierversionen der entstehenden Publikation war vorteilhaft: Diese Papierversionen ermöglichten - im Vergleich zur reinen Bildschirmdarstellung - ein reales "Blättern", verhalfen zu einem deutlich besseren Überblick über das Gesamtprojekt und erleichterten daher auch die Aufdeckung von Bezügen und Querverbindungen zwischen verschiedenen Schwerpunkten.

Ein weiterer Grund für die im Forschungsprozess entstehenden Irritationen waren Ist-Sollte-Vergleiche der Autorin: Die vorgenommenen Analysen führten zu einer wesentlich detaillierteren Betrachtung des Forschungsgegenstandes als ursprünglich geplant. Die zunehmenden inhaltlichen Differenzierungen in Bezug auf die erhobenen Bedarfsbegründungen waren zuvor im Rahmen der untersuchungsleitenden Fragestellung in keiner Weise antizipiert worden. Prozessbegleitend sich einstellende Zweifel an der Relevanz der durchgeführten Analysen waren daher unumgänglich. Rückblickend ist jedoch zu erkennen, dass weniger differenzierte Analysen keine ausreichende Integration der Daten und Strukturierung des Forschungsgegenstands erlaubt hätten.

9.8 Ausblick

*"Das publizierte Wort ist also nicht das letzte, sondern markiert nur eine Pause im nie endenden Prozess der Theoriegenerierung."
(Glaser/Strauss 1998: 50).*

Nachdem die Untersuchungsbefunde in vielfacher Hinsicht diskutiert wurden, sollen abschließend einige Anregungen für künftige Studien gegeben werden. Zunächst erscheint es sinnvoll, Prozesse professioneller Bedarfsfeststellung als professionelles Handeln zu verstehen und deutlicher unter Bezug auf theoretisches Grundlagenwissen zu beschreiben. Angesichts der vorgelegten Studienergebnisse wäre es zudem notwendig, die Erklärungskraft unterschiedlicher (Stress-)Bewertungs- und Bewältigungskonzepte für das elterliche Erleben und Verhalten im Untersuchungsfeld genauer auszuloten. Diesbezüglich sollte auch die von einigen Autoren bereits hervorgehobene funktionale Äquivalenz zwischen Bewältigungs- und Unterstützungsformen detaillierter analysiert werden. Vor allem wäre nicht nur die Auflistung und Bewertung einzelner elterlicher Bewältigungsformen, sondern insbesondere deren funktionale Analyse zu nutzen, um geeignete Anknüpfungspunkte professioneller Unterstützung systematischer beschreiben und den Unterstützungsbedarf zusätzlich unter Nutzung sowohl empirischer Befunde als auch theoretischer Konzepte begründen zu können.

Die in dieser Studie für eine qualitative Bedarfsbeschreibung entwickelten Kategorien sollten auch für die Zusammenstellung eines standardisierten Befragungsinstruments zur quantitativen Bedarfserhebung im deutschen Sprachraum genutzt werden. Hierbei wären bereits vorhandene bedarfsbezogene Befragungsinstrumente zu berücksichtigen, um gegebenenfalls perspektiven- und/oder kulturvergleichende Untersuchungen anschließen zu können.

Aufgrund der zentralen Rolle von Informationen für elterliche Bewertungs- und Bewältigungsprozesse sollten insbesondere die zum elterlichen Informationsbedarf bereits vorliegenden Studien gezielter analysiert und als Grundlage für weiterführende Untersuchungen verwendet werden.

Auch den vorgestellten Angaben zur Bedarfsabhängigkeit können vielfältige Anregungen für künftige Projekte entnommen werden. Vor allem zur Zeitabhängigkeit des Unterstützungsbedarfs existieren bereits verschiedene Erfahrungen und Erkenntnisse, welche eine geeignete Ausgangsbasis hierfür schaffen. Ebenso könnten Analysen zur Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs von kulturspezifischen Einflussfaktoren ein sinnvolles Ziel weiterführender Studien darstellen.

Den in dieser Untersuchung nur am Rande berücksichtigten Aspekten der Bedarfsdeckung und Zufriedenheit sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese eine wesentliche Grundlage für das Entstehen elterlichen Vertrauens und damit auch für eine erfolgreiche professionelle Elternarbeit bilden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilungsperspektiven des Bedarfs	27
Abbildung 2: Determinanten motivierten Handelns (nach Heckhausen/Heckhausen 2006: 5)	31
Abbildung 3: Methoden zur Bedarfserfassung	39
Abbildung 4: Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses nach Flick (2004: 73)	66
Abbildung 5: Datenauswertung mit MAXQDA2 (Screenshot)	78
Abbildung 6: Paradigmatisches Modell (n. Strauss/Corbin 1996: 78)	82
Abbildung 7: Codierparadigma für sozialwissenschaftliche Fragestellungen	83
Abbildung 8: Vorläufiges Codierparadigma	84
Abbildung 9: Prozessmodell der Bedarfsfeststellung	201

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von Ressourcen (nach Hobfoll)	16
Tabelle 2: Bewältigungsformen	17
Tabelle 3: Dimensionen sozialer Unterstützung und ihre Ausprägungen (nach Haß 2002: 27)	20
Tabelle 4: Formen sozialer Unterstützung (Beispiele)	21
Tabelle 5: Ziele von Interventionen für Eltern und Frühgeborene (nach Brisch et al. 1997)	22
Tabelle 6: Bevorzugte Interventionsformen (nach Brisch et al. 1997)	23
Tabelle 7: Ziele Eltern-zentrierter Interventionen (nach Brisch et al. 1997)	23
Tabelle 8: Fokus Eltern-zentrierter Interventionen (nach Brisch et al. 1997)	23
Tabelle 9: Bedarfsdefinitionen (nach Bradshaw 1972)	26
Tabelle 10: Beurteilungsperspektiven (Beispiele)	26
Tabelle 11: Methoden zur Bedarfsfeststellung (nach Schwefel et al. 1978)	29
Tabelle 12: Bedarfsbeschreibung	31
Tabelle 13: Aspekte des Bedarfskonzepts	33
Tabelle 14: Need assessment (Expertenurteil) (nach Schwefel et al. 1978)	38
Tabelle 15: Familiäre Bedürfnisse bei langer Erkrankung des Kindes	42
Tabelle 16: Summary of parental needs in the pediatric intensive care unit	44
Tabelle 17: Familiäre Bedürfnisse (nach Conner/Nelson 1999: 340)	46
Tabelle 18: Die zehn mit höchster Priorität beurteilten Items (nach Nicholas 2006: 80, 118ff)	47
Tabelle 19: Bedarfshierarchie (nach Shields et al. 2004: 22)	50
Tabelle 20: Definition des Expertenstatus'	69
Tabelle 21: Begriffe zur Beschreibung der Datenauswertung	75
Tabelle 22: Textgruppen	76
Tabelle 23: Selektion von Textmaterial (Beispiel)	77
Tabelle 24: Verwendung von In-vivo-Codes (Beispiele)	80
Tabelle 25: Verwendung von Überschriften als Codes (Beispiel)	80
Tabelle 26: Thematischer Vergleich (Beispiele)	81
Tabelle 27: Verwendung von Memos (Beispiele)	84
Tabelle 28: Codieren Typ III-a (Beispiele)	85
Tabelle 29: Sequenzialität im Textmaterial	91
Tabelle 30: Bedarfsarten (alphabetische Ordnung)	94
Tabelle 31: Bedarfsarten (Parallelen)	94
Tabelle 32: Bedarf an Orientierung (Beispiele)	100
Tabelle 33: Bedarf an Informationen (Beispiele)	102
Tabelle 34: Bedarf an Kontakt (Beispiele)	104
Tabelle 35: Bedarf an Entlastung (Beispiele)	107
Tabelle 36: Bedarf an Akzeptanz (Beispiele)	108
Tabelle 37: Bedarf an Motivation (Beispiele)	110

Tabelle 38: Bedarf an Kompetenz (Beispiele)	112
Tabelle 39: Bedarf an Kontinuität (Beispiele).....	114
Tabelle 40: Bedarf an Verantwortung (Beispiel)	115
Tabelle 41: Bedarf an Vertrauen / Sicherheit (Beispiele).....	116
Tabelle 42: Bedarf an Vorbereitung (Beispiele)	119
Tabelle 43: Bedarf an Zeit / Ruhe (Beispiele).....	120
Tabelle 44: Hauptkategorien	122
Tabelle 45: Ist-Informationssammlung (Professionelle), Beispiele	127
Tabelle 46: Zustandsbeschreibung (Professionelle), Beispiele	128
Tabelle 47: Neubeschreibung (Zustand), Professionelle, Beispiel.....	129
Tabelle 48: Ist-Informationssammlung (Eltern), Beispiele	130
Tabelle 49: Zustandsbeschreibung (Eltern), Beispiele	130
Tabelle 50: Neuschreibung (Zustand), Eltern, Beispiel	131
Tabelle 51: Soll-Informationen (Professionelle), Beispiele	135
Tabelle 52: Erwartungsvergleichende Bewertungen (Professionelle), Beispiele.....	136
Tabelle 53: Aktuelle Zustandsbewertung (Professionelle), Beispiele.....	137
Tabelle 54: Neubewertung (Zustand), Professionelle, Beispiel	138
Tabelle 55: Quantitative Bewertungsaspekte (Professionelle), Beispiele	138
Tabelle 56: Soll-Informationen (Eltern), Beispiele	139
Tabelle 57: Erwartungsvergleichende Bewertungen (Eltern), Beispiele.....	140
Tabelle 58: Absolute Zustandsbewertung (Eltern), Beispiele	141
Tabelle 59: Relative Zustandsbewertung (Eltern), Beispiele	141
Tabelle 60: Neubeschreibung / Neubewertung (Eltern), Beispiele	142
Tabelle 61: Ursachensuche und -zuschreibung (Professionelle), Beispiele	147
Tabelle 62: Neubeschreibung (Ursache), Professionelle, Beispiel.....	148
Tabelle 63: Ursachensuche und -zuschreibung (Eltern), Beispiele.....	149
Tabelle 64: Neubeschreibungen (Erklärungen), Beispiele	150
Tabelle 65: Kausalbewertungen (Professionelle), Beispiele	152
Tabelle 66: Neubewertung (Professionelle), Beispiele	153
Tabelle 67: Kausalbewertungen (Eltern), Beispiele	154
Tabelle 68: Negative Kausalbewertungen (Eltern), Beispiele.....	155
Tabelle 69: Neubewertung (Eltern), Beispiele	156
Tabelle 70: 0-Erwartungen (Professionelle), Beispiele.....	160
Tabelle 71: E-Erwartungen (Professionelle), Beispiele	160
Tabelle 72: P-Erwartungen (Professionelle), Beispiele.....	161
Tabelle 73: Informationssammlung zur Erwartungsbildung (Eltern), Beispiele.....	162
Tabelle 74: Prognostische Beschreibungs(un)sicherheit (Eltern), Beispiele.....	162
Tabelle 75: 0-Erwartungen (Eltern), Beispiele.....	162
Tabelle 76: E-Erwartungen (Eltern), Beispiele	163

Tabelle 77: P-Erwartungen (Eltern), Beispiele	164
Tabelle 78: Neubeschreibung (Erwartungen), Eltern, Beispiele	164
Tabelle 79: Verantwortung (Professionelle), Beispiele.....	168
Tabelle 80: Individuelle Soll-Werte (Professionelle), Beispiele	169
Tabelle 81: Chancen- und Risikohierarchien (Professionelle), Beispiele	169
Tabelle 82: Absolute prospektive Bewertungen (Professionelle), Beispiele	171
Tabelle 83: Relative prospektive Bewertung (Professionelle), Beispiele	171
Tabelle 84: Ressourcenverfügbarkeit (Professionelle), Beispiele	172
Tabelle 85: Gerechtigkeitsbewertung (Professionelle), Beispiele.....	173
Tabelle 86: Abwägung (Professionelle), Beispiele	173
Tabelle 87: Bestbewertung und Entscheidung (Professionelle), Beispiele	174
Tabelle 88: Ab-/Übergabe von Verantwortung (Professionelle), Beispiele.....	175
Tabelle 89: Neubewertung / Neuentscheidung (Professionelle), Beispiele	175
Tabelle 90: Verantwortung (Eltern), Beispiele	178
Tabelle 91: Selbständigkeit (Eltern), Beispiele	179
Tabelle 92: Individuelle Wertsetzungen (Eltern), Beispiele	180
Tabelle 93: Chancen- und Risikohierarchien (Eltern), Beispiele	180
Tabelle 94: Absolute prospektive Bewertungen (Eltern), Beispiele	181
Tabelle 95: Relative prospektive Bewertungen (Eltern), Beispiele	182
Tabelle 96: Ressourcenverfügbarkeit (Eltern), Beispiele.....	183
Tabelle 97: Gerechtigkeitsbewertung (Eltern); Beispiele	184
Tabelle 98: Abwägung (Eltern), Beispiele	185
Tabelle 99: Bestbewertung und Entscheidung (Eltern), Beispiele	185
Tabelle 100: Übergabe/-nahme von Verantwortung (Eltern); Beispiele.....	186
Tabelle 101: Neubewertung / Neuentscheidung (Eltern), Beispiele	186
Tabelle 102: Abhängigkeit des elterlichen Unterstützungsbedarfs	203
Tabelle 103: Abhängigkeit - Person (Professionelle), Beispiele	204
Tabelle 104: Abhängigkeit - Person (Eltern), Beispiele.....	206
Tabelle 105: Abhängigkeit - Kindbezogene Faktoren.....	208
Tabelle 106: Abhängigkeit - Zeit (Beispiele).....	209
Tabelle 107: Teilprozesse der Bedarfsfeststellung.....	213

Literaturverzeichnis

- Able-Boone, H., Dokecki, P.R. & Smith, M.S.** (1989). Parent and health care provider communication and decision making in the intensive care nursery. *Children's Health Care*, 18(3): 133-141.
- Achtziger, A. & Gollwitzer, P.M.** (2006). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 277 - 302.
- Affleck, G., Tennen, H., Allen, D.A. & Gershman, K.** (1986). Perceived social support and maternal adaptation during the transition from hospital to home care of high-risk infants. *Infant Mental Health Journal*, 7(1): 6-18.
- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J. Roscher, B. & Walker, L.** (1989). Effects of formal support on mothers' adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: The benefits and costs of helping. *Child Development*, 60(2): 488-501.
- Affleck, G. & Tennen, H.** (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Children's Health Care*, 20(1): 6-14.
- Affleck, G., Tennen, H. & Rowe J.** (1991). *Infants in crisis. How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. Springer-Verlag, New York.
- Aichholzer, G.** (2005). Das ExpertInnen-Delphi: methodische Grundlagen und Anwendungsfeld Technology Foresight. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 133 - 153.
- Aldridge, M.D.** (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6): 40-50.
- Andersen, R.M.** (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 1-10.
- Badura, B.** (2002). Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen - Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: Badura, B. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Juventa Verlag, Weinheim: 15-42.
- Balling, K. & McCubbin, M.** (2001). Hospitalized Children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(2): 110-119.
- Bandura, A.** (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Bartels, D. B., Wypij, D., Wenzlaff, P., Dammann, O. & Poets, C.F.** (2006). Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics*, 117(6): 2206-2214.
- Bayless, S. & Stevenson, J.** (2007). Executive functions in school-age children born very prematurely. *Early human development*, 83(4): 247-254.
- Benninghoven, D., Specht, T., Kunzendorf, S, Ebeling, A, Friedrich, S, Jantschek, I. & Jantschek, G.** (2003). Das Lübecker Interview zum psychosozialen Screening (LIPS). Eine Validierungsstudie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53 (6): 267-274.

- Bialoskurski, M.M., Cox C.L. & Wiggins, R.D.** (2002). The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1): 62-69.
- Bierhoff, H.W.** (2002). Prosoziales Verhalten. In: Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M.R. (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Springer-Verlag, Berlin: 319-351.
- Bodenmann, G.** (1997). Stress und Coping als Prozess. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 74-92.
- Bodenmann, G.** (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.)**, (2005). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Böhm, A.** (2000). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 475 - 485.
- Bölter, D.** (1984). Zur Psychologie der Frühgeburt. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 34(3/4): 59-69.
- Boulding, K. E.** (1978). Zur Theorie des Bedarfs nach Gesundheitsleistungen. In: Brüggemann, I., Schwefel, D. & Zöllner, H. (Hrsg.). *Bedarf und Planung im Gesundheitswesen. Eine internationale Aufsatzsammlung*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: 27-40.
- Bradshaw, J.** (1972). The concept of social need. *New Society*, 30 (March): 640-643.
- Bradshaw, J.** (1994). The conceptualization and measurement of need. A social policy perspective. In: Popay, J. & Williams, G. (Hrsg.). *Researching the people's health*. Taylor and Francis, London: 45-57
- Bragadóttir, H.** (1999). A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(3): 201-207.
- Brazy, J.E., Anderson, B.M.H., Becker, P.T. & Becker, M.** (2001). How parents of premature infants gather information and obtain support. *Neonatal Network*, 20(2): 41-48.
- Brisch, K.-H., von Gontard, A., Pohlandt, F., Kächele, H., Lehmkuhl, G. & Roth, B.** (1997). Interventionsprogramme für Eltern von Frühgeborenen. Kritische Übersicht. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145: 457-465.
- Brisch, K.-H.; Schmücker, G., Betzler, S., Buchheim, A., Köhntop, B. & Kächele, H.** (1999). Das Ulmer Modell - Präventives Psychotherapeutisches Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen - erste Ergebnisse. *Frühförderung Interdisziplinär*, 18(1): 28-34.
- Brisch, K.-H., Schmücker, G., Buchheim, A., Betzler, S., Köhntop, B. & Kächele, H.** (2000). Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen - Ulmer Modell. In: Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen: 362-365.

- Brunstein, J. & Heckhausen, H.** (2006). Leistungsmotivation. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 143-191.
- Brunstein, J.** (2006). Implizite und explizite Motive. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 235-253.
- Buchwald, P.** (2004). Verschiedene theoretische Modelle gemeinsamer Stressbewältigung. In: Buchwald, P., Schwarzer, C. & Hobfoll, S.E. (Hrsg.). *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen: 27-42.
- Callahan, J.L. & Borja, S.E.** (2008). Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(1): 49-59.
- Caravale, B., Tozzi, C., Albino, G. & Vicari, S.** (2005). Cognitive development in low risk preterms at three to four years of life. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 90(6): 474-479.
- Carter, J.D., Mulder, R.T., Bartram, A.F. & Darlow, B.A.** (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 90(2): 109-113.
- Carter, J.D., Mulder, R.T., Frampton, C.M.A. & Darlow, B.A.** (2007). Infants admitted to a neonatal intensive care unit: parental psychological status at 9 months. *Acta Paediatrica*, 96(9): 1286-1289.
- Christ-Steckhan, C.** (2005). *Elternberatung in der Neonatologie*. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Conner J. M., Nelson, E. C.** (1999). Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics*, 103 (1 Suppl E): 336-349.
- Counsell, S.J. & Boardman, J.P.** (2005). Differential brain growth in the infant born preterm: Current knowledge and future developments from brain imaging. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 10(5): 403-410.
- Cox, C.L. & Bialoskurski, M.** (2001). Neonatal intensive care: Communication and attachment. *British Journal of Nursing*, 10(10): 668-76.
- Cronenwett, L.R.** (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research*, 34(2): 93-99.
- Davis, D.W.** (2003). Cognitive outcomes in school-age children born prematurely. *Neonatal Network*, 22(3): 27-38.
- Davis, D.W., Logsdon, M.C. & Birkmer, J.C.** (1996). Types of support expected and received by mothers after their infants' discharge from the NICU. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19(4): 263-274.
- Dickhäuser, O.** (2006). Fähigkeitsselbstkonzepte. Entstehung, Auswirkung, Förderung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20(1/2): 5-8.
- Dickhäuser, O. & Rheinberg, F.** (2003). Bezugsnormorientierung: Erfassung, Probleme, Perspektiven. In: Stiensmeier-Pelster, J. & Rheinberg, F. (Hrsg.). *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept*. Hogrefe Verlag, Göttingen: 41-55
- Diekmann, A.** (2001). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

- Diewald, A.** (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Edition Sigma, Berlin.
- Edelmann, W.** (1996). *Lernpsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Endacott, R.** (1997). Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3): 471-476.
- Farrell, M.F. & Frost, C.** (1992). The most important needs of parents of critically ill children: parents' perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 8(3): 130-139.
- Filipp, S.-H.** (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D.** (2002). Vergleichsprozesse in der Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie im Dialog*, 3(1): 2-12.
- Fischer, L. & Wiswede, G.** (2002). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
- Fisher, M.D.** (1994). Identified needs of parents in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 14(3): 82-90.
- Fisseni, H. J.** (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Flammer, A. & Nakamura, Y.** (2002). An den Grenzen der Kontrolle. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44*: 83-112.
- Fleßa, S.** (2007). *Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner*. Springer Verlag, Berlin.
- Flick, U.** (1995). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U., von Kardorff, E., Keupp, H., von Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 148-173.
- Flick, U.** (2000a). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 252-265.
- Flick, U.** (2000b). Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 309-318.
- Flick, U.** (2003). Auswertungsverfahren. In: Schwartz F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer Verlag, München: 435 - 453.
- Flick, U.** (2004). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I.** (2000). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 13-29.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H.** (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

- Frank, C., Linderkamp, O. & Pohlandt, F.** (2005). *Frühgeborene optimal ernähren und pflegen*. Kirchheim und Co., Mainz.
- Frey, D., Dauenheimer, D., Parge, O. & Haisch, J.** (1993). Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien*. Verlag Hans Huber, Bern: 81-121.
- Frey, D. & Jonas, E.** (2002). Die Theorie der kognizierten Kontrolle. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie. Band 3: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. Verlag Hans Huber, Bern: 13-50.
- Friebertshäuser, B.** (1997). Interviewtechniken - ein Überblick. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim: 371-395.
- Friese, K., Dudenhausen, J.W., Kirschner, W., Schäfer, A. & Elkeles, T.** (2003). Risikofaktoren der Frühgeburt und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung - Eine Analyse auf der Grundlage des BabyCare-Programms. *Das Gesundheitswesen*, 65 (8/9): 477-485.
- Fritzsche, K., Liptai, C. & Henke, M.** (2004). Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy and Oncology*, 72(2): 183-189.
- Fritzsche, K., Spahn, C., Nübling, M. & Wirsching, M.** (2007). Psychosomatischer Liaisondienst am Universitätsklinikum. Bedarf und Inanspruchnahme. *Nervenarzt*, 78(9): 1037-45.
- Fuchs, H.** (2003). Gasteditorial: Konsequente Ziel- und Bedarfsorientierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16(63): 231-235.
- Funke, J.** (2003). *Problemlösendes Denken*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L.** (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Golish, T.D. & Powell, K.A.** (2003). 'Ambiguous loss': Managing the dialectics of the grief associated with premature birth. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3): 309-334.
- Grawe, K.** (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Greve, W.** (1997a). Sparsame Bewältigung - Perspektiven für eine ökonomische Taxonomie von Bewältigungsformen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 18-41.
- Greve, W.** (1997b). Bewältigungsforschung zwischen Praxis und Erkenntnis: Wozu suchen wir nach welcher Art von Einsicht? In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 67-71.
- Gründel, I.A., Lehmann, A., von Cramon, D.Y. & Wilz, G.** (2001). Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen während der stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 14(56): 280-288.
- Häcker, H. & Stapf, K.H.** (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Verlag Hans Huber, Bern.

- Hallström, I. & Elander, G.** (2007). Families' needs when a child is long-term ill: A literature review with reference to nursing research. *International Journal of Nursing Practice*. 13(3): 193-200.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B.** (2001). *SVF-KJ. Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche. Manual*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Harrison, H.** (1993). The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*. 92(5): 643-650.
- Hartung, J.** (2000). *Sozialpsychologie*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Haß, W.** (2002). *Soziale Unterstützungsnetzwerke von Menschen mit chronischer Polyarthrititis. Eine explorative, netzwerkanalytische Studie*. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln. http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967083761&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=967083761.pdf [letzter Zugriff: 2008-07-06]
- Heckhausen, H.** (1989). *Motivation und Handeln*. Springer-Verlag, Berlin.
- Heermann, J.A., Wilson, M.E. & Wilhelm, P.A.** (2005). Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31(3): 176-181, 200.
- Heinen, N. & Wigger-Toelstede, R.** (1999). Erwartungen der Eltern frühgeborener Kinder an die Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 18(2): 59-68.
- Helliwell, M.** (2003). Building information bridges between parents and health care providers in the neonatal intensive care unit. [Adapted from Helliwell, M. (2003) "*Understanding information behaviour of parents in a neonatal intensive care unit*". Unpublished MLIS, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia]. http://www.caais-acsi.ca/proceedings/2003/Helliwell_2003.pdf [letzter Zugriff: 2008-07-06]
- Hermanns, H.** (2000). Interviewen als Tätigkeit. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 360-368.
- Herriger, N.** (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Hildenbrand, B.** (2000). Anselm Strauss. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 32-42.
- Hobfoll, S.E. & Buchwald, P.** (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell - eine innovative Stresstheorie. In: Buchwald, P., Schwarzer, C. & Hobfoll, S.E. (Hrsg.). *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen: 11-26.
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T.R., Blickman, A.L., Miles, M.S.** (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 32(2): 161-171.
- Hopf, C.** (1996). Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In: Strobl, R. & Böttger, A. (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden: 9-21.
- Hopf, C.** (2000). Qualitative Interviews - Ein Überblick. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 349-360.

- Hopper, A.** (2000). Sources of stress for parents of a sick neonate: A literature review. *Paediatric Nursing*, 12(4): 29-32.
- Hughes, M. & McCollum, J.** (1994). Neonatal intensive care: Mothers' and fathers' perceptions of what is stressful. *Journal of Early Intervention*, 18(3): 258-268.
- Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D. & Sanchez, G.** (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care*, 23(1): 1-14.
- Isermann, M., Diegelmann, C., Kaiser, W. & Priebe, S.** (2006). Der BC-PASS (Breast Cancer Psychosocial Assessment screening scale). Ein Kurzfragebogen zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeit von Brustkrebspatientinnen. In: Ditz, S., Diegelmann, C. & Isermann, M. (Hrsg.). *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 122-135.
- Jackson, K., Ternestedt, B.-M. & Schollin, J.** (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2): 120-129.
- Jacono, J., Hicks, G., Antonioni, C. O'Brien, K. & Rasi, M.** (1990). Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart and Lung*, 17(5): 574 - 581.
- Jaeggi, E., Faas, A. & Mruck, K.** (1998). Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten (2. überarb. Fassung). *Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin*, Nr. 98-2.
- Jamerson, P.A., Schreibmeir, M., Bott, M.J., Crighton, F., Hinton, R.H. & Kuckelman, A.** (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart and Lung*, 25(6): 467-474.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K.W.** (2002). *SVF 120 Fragebogen zur Erfassung von Stressverarbeitungsweisen*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Jeffers, J.R., Bognanno, M.F. & Bartlett, J.C.** (1978). Über Bedarf und Nachfrage nach medizinischen Leistungen und über den Begriff der "Knappheit". In: Brüggemann, I., Schwefel, D. & Zöllner, H. (Hrsg.). *Bedarf und Planung im Gesundheitswesen. Eine internationale Aufsatzsammlung*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: 47-63.
- Jotzo, M., Frey, G. & Lettgen, B.** (2001). Die Frühgeburt des Kindes: Ein Trauma für die Eltern? *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, Posterabstracts 2001, P69.
- Jotzo, M.** (2004). *Trauma Frühgeburt? Ein Programm zur Krisenintervention bei Eltern*. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt a.M.
- Jungbauer, J.** (2005). Kinder psychisch kranker Eltern (Buchhinweis). *Psychiatrische Praxis*. 32(7): 369-370.
- Jungbauer, J., Mory, C. & Angermeyer, M.** (2002). Zum Unterstützungsbedarf von Partnern schizophrener Patienten. Unterschiedliche Belastungslagen erfordern vielfältige Hilfsangebote. *Psychotherapeut*, 47(6): 375-380.

- Jungermann, H., Pfister, H.-R. & Fischer, K.** (2005). *Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung*. Spektrum Akademischer Verlag, München.
- Kasper, J.W. & Nyamathi, A.M.** (1988). Parents of children in the pediatric intensive care unit: what are their needs? *Heart and Lung*, 17(5): 574-581.
- Kardorff, E. von** (2000). Zur Verwendung qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 615-623.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung** (2005). Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(41): A-2817; B-2381; C-2245.
- Kelle, U.** (1996). Die Bedeutung theoretischen Vorwissens in der Methodologie der Grounded Theory. In: Strobl, R. & Böttger, A. (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden: 23-47.
- Kelle, U. & Erzberger, C.** (2000). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 299-309.
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., Hörnig-Franz, I., Klockenbusch, W., Harms, E. & Arolt, V.** (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(5): 473-476.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B.** (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 107 - 122.
- Kirschbaum, M.S.** (1990). Needs of parents of critically ill children. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(6): 344-352.
- Klauer, T.** (1997). Vom Allgemeinen Adaptationssyndrom zum dyadischen Coping: Bemerkungen zu Vergangenheit und Zukunft der Beschreibung von Belastungs-Bewältigungs-Prozessen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 93-104.
- Kleinbeck, U.** (2006). Handlungsziele. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 255 - 276.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N.** (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Kosco, M. & Warren, N.A.** (2000). Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2): 60-72.
- Kowalski, W.J., Leef, K.H., Mackley, A., Spear M.L. & Paul, D.A.** (2006). Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*, 26(1): 44-48.

- Krampen, G.** (2002). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 675-710.
- Krampen, G. & Greve, W.** (2008). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 652-686.
- Krapp, A.** (2005). Das Konzept der grundlegenden psychologischen Bedürfnisse. Ein Erklärungsansatz für die positiven Effekte von Wohlbefinden und intrinsischer Motivation im Lehr-Lerngeschehen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(5): 626-641.
- Krapp, A. & Ryan, R.M.** (2002). Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. *Zeitschrift für Pädagogik*. 44. Beiheft: 54-82.
- Kristjánsdóttir, G.** (1991). A study of the needs of parents of hospitalized 2- to 6-year-old children. *Issues of Comprehensive Pediatric Nursing*, 14(1): 49-64.
- Kristjánsdóttir, G.** (1995). Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to-six-year-olds. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(2): 95-103.
- Kuckartz, U.** (2005). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kuhl, J.** (2006). Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 303-329.
- Kuhlmann, B.** (2002). Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. *Intensiv*. 10(6): 250-255.
- Kusch, M., Labouvie, H., Fleischhack, G. & Bode, U.** (1996). *Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Lahner, J.M. & Hayslip, B.** (2003). Gender differences in parental reaction to the birth of a premature low birth weight infant. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 18(1): 71-88.
- Lamnek, S.** (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Langer, A.** (2005). Professionsethik, Effizienz und professionelle Organisationen. Kontroll- und Steuerungsmodi professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit. In: Pfadenhauer, M. (Hrsg.). *Professionelles Handeln*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 165-178.
- Lau, R. & Morse, C.A.** (2001). Parents' coping in the neonatal intensive care unit: a theoretical framework. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(1): 41-47.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H.** (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 26(1): 6-20.
- Lazarus, R.S. & Launier, R.** (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin, L.A. & Lewis, M. (Hrsg.). *Perspectives in interactional psychology*. Plenum Press, New York: 287-327.
- Lazarus, R.S.** (1995). Streß und Streßbewältigung - Ein Paradigma. In: Filipp, S.H. (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 198-232.

- Leinmüller, R.** (2001). Frühgeburt. Eine Hypothek für das Leben. *Deutsches Ärzteblatt* 2001(12): A 740.
- Leske, J.S.** (1986). Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart & Lung*, 15(2): 189-193.
- Leske, J.S.** (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20(3): 236-244.
- Lindenberger, U.** (2002). Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 350-391.
- Lindenberger, U. & Schaefer, S.** (2008). Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 366-409.
- Logsdon M.C. & Usui, W.M.** (2006). The Postpartum Support Questionnaire: Psychometric Properties in Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(3): 145-156.
- Logsdon, M.C., Usui, W., Birkimer J.C. & McBride, A.B.** (1996). The Postpartum Support Questionnaire: reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement*, 4(2): 129-142.
- Loo, K.K., Espinosa, M., Tyler, R. & Howard, J.** (2003). Using knowledge to cope with stress in the NICU: how parents integrate learning to read the physiologic and behavioural cues of the infant. *Neonatal Network*, 22(1): 31-37.
- Lukesch, H.** (1998). *Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik*. S. Roderer Verlag, Regensburg.
- Machul, D.** (2008). Zur Vielfalt familiärer Unterstützungsbedürfnisse bei Frühgeburt. In: Biewer, G., Luciak, M. & Schwinge, M. (Hrsg.). *Begegnung und Differenz: Menschen-Länder-Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik*. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn: 278-287.
- Manczyk, D.** (2004). *Rehabilitationspädagogische Leistungen für Eltern früh geborener Kinder - Bedarf und Inanspruchnahme auf einer neonatologischen Station an der Charité in den Jahren 2000-2003*. Diplomarbeit im Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin.
- Manning, J.** (2006). Building trust with families in neonatal intensive care units. *Nursing New Zealand*, 12(6): 18-20.
- Martinelli, E.A.** (1999). "Imagine..." A Model of Social Support for Parents of Pre-term Infants in a NICU. <http://www.preemie-l.org/edchicago.htm> [letzter Zugriff: 2008-07-06]
- Matt, E.** (2000). Darstellung qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 578-587.
- Maxwell, K.E., Stuenkel, D. & Saylor, C.** (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5): 367-376.
- Mayring, P.** (2000a). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 468-475.
- Mayring, P.** (2000b). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung, FQS, <http://www.qualitative-research.org/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.htm> [letzter Zugriff: 2008-07-06]
- Mayring, P.** (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag, Weinheim.

- Mayring, P.** (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag, Weinheim.
- McGrath, J.M.** (2001). Building relationships with families in the NICU: Exploring the Guarded Alliance. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(3): 74-83.
- McKim, E. M.** (1993). The information and support needs of mothers of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(4): 233-244.
- Meinefeld, W.** (2000). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 265-275.
- Merkens, H.** (2000). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 286 - 299.
- Meuser, M. & Nagel, U.** (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Westdeutscher Verlag, Opladen: 441 - 471.
- Meuser, M., & Nagel, U.** (1994). Expertenwissen und Experteninterview. In: Hitzler, R., Honer, A. & Maeder, C. (Hrsg.). *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Westdeutscher Verlag, Opladen: 180-192.
- Meuser, M. & Nagel, U.** (1997). Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim: 481-491.
- Meuser, M. & Nagel, U.** (2005a). Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 71 - 93.
- Meuser, M. & Nagel, U.** (2005b). Vom Nutzen der Expertise. ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 257 - 272.
- Meyer, E.C., Garcia Coll, C.T., Seifer, R., Ramos, A., Kilis, E. & Oh, W.** (1995). Psychological distress in mothers of preterm infants. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 16(6): 412-417.
- Miles, M.S., Carlson, J. & Funk, S.G.** (1996). Sources of support reported by mothers and fathers in infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 15(3): 45-52.
- Miles, M.S. & Funk, S.G.** (ohne Jahr). *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit*. <http://nursing.unc.edu/crci/instruments/pssnicu/nicuman.htm> [letzter Zugriff: 2008-07-06].
- Mitchell-DiCenso, A., Guyatt, G., Paes, B., Blatz, S., Kirpalani, H., Fryers, M., Hunsberger, M., Pinelli, J., Van Dover, L. & Southwell, D.** (1996). A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(3): 313-318.
- Molter, N.C.** (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2): 332-339.

- Montada, L.** (2002). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 3-53.
- Müller, J. & Hassebrauck, M.** (1993). Gerechtigkeitstheorien. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie. Band I: Kognitive Theorien*. Verlag Hans Huber, Bern: 217-240.
- Mummendey, H.D.** (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Muthny, F.A.** (1997). Coping am Beispiel der Krankheitsverarbeitung: Hohe Erwartungen, tiefe Enttäuschungen und der Morgen danach. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 58-66.
- Nicholas, A.L.** (2006). *An examination of the needs of mothers with infants in the Neonatal Intensive Care Unit*. DRUM: item 1903/3465. <https://drum.umd.edu/dspace/bitstream/1903/3465/1/umi-umd-3289.pdf> [letzter Zugriff: 2008-07-06].
- Niehoff, J.U.** (1995). *Sozialmedizin systematisch*. Uni-Med Verlag, Lorch.
- Norris, L.O. & Grove, S.K.** (1986). Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & Lung*, 15(2): 194-199.
- Noyes, J.** (1998). A critique of studies exploring the experiences and needs of parents of children admitted to paediatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1): 134-141.
- Oettingen, G. & Gollwitzer, P.M.** (2002). Theorien der modernen Zielpsychologie. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie. Band 3: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. Verlag Hans Huber, Bern: 51-73.
- Panagl, A., Kohlhauser, C., Fuiko, R. & Pollak, A.** (2002). Belastungen von Eltern auf neonatologischen Intensivstationen - Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62(4): 369 - 375.
- Panagl, A., Kohlhauser, C. & Pollak, A.** (2005). Integrative psychologische Elternbetreuung auf der neonatologischen Intensivstation: Konzept und erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209(1): 14 - 21.
- Pfadenhauer, M.** (2005a). Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 113 - 130.
- Pfadenhauer, M. (Hrsg.)**, (2005b). *Professionelles Handeln*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Pfaff, H.** (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach K.W., Engelmann, U. & Halber, M. (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Verlag Hans Huber, Bern: 13 - 23.
- Pfaff, H. & Bentz, J.** (2003). Subjektive Daten - objektive Analyse. In: Schwartz F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer, München: 418 - 435.

- Plaute, W. & Westling, D.L.** (1996). Welche Wünsche haben Eltern von entwicklungsverzögerten oder behinderten Kindern in Österreich? *Heilpädagogik*, 39(2): 2-3.
- Porz, F.** (2003). Case-Management in der Nachsorge bei Frühgeborenen und Risikoneugeborenen nach dem Augsburger Modell. In: Porz, F. & Erhardt, H. (Hrsg.). *Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart: 31-34.
- Pouget-Schors, D. & Degner, H.** (2002). Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten. *Manual Psychoonkologie*. Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt Verlag München.
- Prein, G.** (1996). Interpretative Methodologie und Computer. Kann EDV-gestützte Datenverwaltung Validitätsprobleme qualitativer Forschung lösen? In: Strobl, R. & Böttger, A. (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden: 93-110.
- Preiser, S.** (2006). Kontrollüberzeugungen. In: Rost, D.H. (Hrsg.). *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 349-355.
- Quinn, S., Redmond, K. & Begley, C.** (1996a). The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(3): 168-172.
- Quinn, S., Redmond, K. & Begley, C.** (1996b). The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive and Critical Care Nursing* 12(4): 239-245.
- Raspe, H., Deck, R. & Mittag, O.** (2003). Bedarfsermittlung in der medizinischen Rehabilitation: Konzepte, Forschung, Praxis. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16(63): 236-239.
- Razum, O. & Geiger, I.** (2003). Migranten. In: Schwartz F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban und Fischer, München: 686-692.
- Reichert, J.** (2000). Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 276 - 286.
- Reid, T. & Bramwell, R.** (2003). Using the Parental Stressor Scale: NICU with a British sample of mothers of moderate risk preterm infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4): 279-291.
- Reisenzein, R., Meyer, W.-U. & Schützwohl, A.** (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie. Band III: Kognitive Emotionstheorien*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Rheinberg, F.** (2006). Bezugsnormorientierung. In: Rost, D.H. (Hrsg.). *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 55-62.
- Röhrle, B.** (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Rollett, B.** (2002). Frühe Kindheit, Störungen, Entwicklungsrisiken, Fördermöglichkeiten. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 713-739.
- Rothermund, K. & Brandtstädter, J.** (1997). Entwicklung und Bewältigung: Festhalten und Preisgeben von Zielen als Formen der Bewältigung von Entwicklungsproblemen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 120-133.

- Royse, D. & Drude, K.** (1982). Mental health needs assessment: Beware of false promises. *Community Mental Health Journal*, 18(2): 97-106.
- Rudolph, U.** (2003). *Motivationspsychologie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (2002). *Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Sarimski, K.** (1996). Bedürfnisse von Eltern mit behinderten Kindern. Erfahrungen mit einer deutschen Fassung der "Family Needs Survey". *Frühförderung interdisziplinär*, 15(3): 97-101.
- Sarimski, K.** (2000). *Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Scheffer, D. & Heckhausen, H.** (2006). Eigenschaftstheorien der Motivation. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 45-72.
- Schmelzer, D.** (1999). Probleme und Möglichkeiten begleitender Elternarbeit. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. (Bd. 1: Grundlagen)*. dgvt-Verlag, Tübingen: 361-400.
- Schmidt, C.** (1997). "Am Material": Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim: 544 - 568.
- Schmidt, C.** (2000). Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 447-456.
- Schneewind, K.A.** (1999). *Familienpsychologie*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Scheider, K. & Schmalt, H.-D.** (2000). *Motivation*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Schröder, K.E.E. & Schwarzer, R.** (1997). Bewältigungsressourcen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Union, Weinheim: 174-195.
- Schwartz, F.W.** (2001). Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates. *Gesundheitswesen*, 63(3): 127-132.
- Schwartz, F.W. & Bitzer, E.M.** (2003). Theorien von Bedarf. Terminologie und Konzepte aus der Sicht des Sachverständigenrates. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16(63): 240-43.
- Schwarz, R.** (1990). Bedarf an psychosozialer Betreuung von Krebskranken und Anforderungen an die psychosoziale Personalfortbildung. In: Koch, U. & Potreck-Rose, F. (Hrsg.). *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer Verlag, Berlin: 124-133.
- Schwefel, D., Brüggemann, I. & Zöllner, H.** (1978). Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. Ein Überblick über Probleme und internationale Ansätze. In: Brüggemann, I., Schwefel, D. & Zöllner, H. (Hrsg.). *Bedarf und Planung im Gesundheitswesen. Eine internationale Aufsatzsammlung*. Dt. Ärzte Verlag, Köln: 11-22.

- Scott, L.D.** (1998). Perceived needs of parents of critical ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 3(1): 4-12.
- Seideman, R.Y., Watson, M.A., Corff K.E., Odle, P., Haase, J. & Bowerman, J.L.** (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(3): 169-77.
- Shaw, R.J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B. & Koopman, C.** (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3): 206-12.
- Shields, L., Hunter, J. & Hall, J.** (2004). Parents' and staff's perception of parental needs during a child's admission to hospital: an English perspective. *Journal of Child Health Care*, 8(1): 9-33.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I. & O'Callaghan, M.** (2003). An examination of the needs of parents of hospitalizes children: comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2): 176-184.
- Singer, L.T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M. Lilien, L. & Baley, J.** (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *The Journal of the American Medical Association*, 281(9): 799-805.
- Spahn, C., Richter, B., Rohr, B. & Löschmann, C.** (2002). Zur Situation der Eltern hörgeräteversorgter Kinder: II. Psychosozialer Betreuungsbedarf. *Sprache-Stimme-Gehör*, 26(3): 106-110.
- Spear, M.L., Leef, K., Epps, S. & Locke, R.** (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Perinatology*, 19(4): 205-213.
- Steinke, I.** (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 319 - 331.
- Stening, W.** (1999). *Individuelle Pflege Frühgeborener und ihrer Eltern in Deutschland*. Vortrag 3. Interdisziplinäres Symposium „Individuelle Pflege von Frühgeboren und ihren Eltern“ Berlin.
- Stiensmeier-Pelster, J. & Heckhausen, H.** (2006). Kausalattribution von Verhalten und Leistung. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 355-392.
- Stöcklin, S. & Lucius-Hoene, G.** (1988). Die Frage des Bedarfs an psychiatrischen Einrichtungen: Problemstellungen und Modelle. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 56(5): 139-153.
- Strauss, A. & Corbin, J.** (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Strittmatter, G., Egger, J.W. & Stix, P.** (2002). *Hornheide-Graz-Sreening-Instrument. Ein Erhebungsbogen zur Erfassung von subjektiver Beeinträchtigung und des psychosozialen Betreuungsbedarfs bei stationären Patienten*. http://www.meduni-graz.at/psychologie/Screening_statPat_HGSI.pdf [letzter Zugriff: 2008-07-07].
- Strittmatter, G., Mawick, R. & Tilkorn, M.** (1998). Psychosozialer Betreuungsbedarf bei Gesichts- und Hauttumormpatienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(9/10): 349-357.
- Strobl, R. & Böttger, A.** (1996). *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

- Strübing, J.** (2004). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Takman, C. & Severinsson, E.** (2005). Comparing Norwegian nurses' and physicians' perceptions of the needs of significant others in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5): 621-631.
- Thompson, R.J., Oehler, J.M., Catlett, A.T. & Johndrow, D.A.** (1993). Maternal psychological adjustment to the birth of an infant weighing 1,500 grams or less. *Infant Behaviour and Development*, 16(4): 471-485.
- Thompson, S.C.** (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90(1): 89-101.
- Thompson, V.L., Hupcey, J.E., Clark, M.B.** (2003). The development of trust in parents of hospitalized children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(4): 137-147.
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), Population and Social Integration Section (PSIS)**, (2002). Determining needs. *Social Policy Paper Series (SPPS)* www.unescap.org/esid/psis/publications/spps/11/chap3.pdf [letzter Zugriff: 2008-07-07]
- Veiel, H.O.F. & Ihle, W.** (1993). Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: Ein Strukturvergleich. In: Lai-reiter, A. (Hrsg.). *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Verlag Hans Huber, Bern: 55-63.
- Verbi Software** (2004). *MAXQDA2. Software for Qualitative Data Analysis*. Verbi Software. Consult. Sozialforschung, Berlin.
- Vonderlin, E.-M.** (1999). *Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung*. Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg.
- Ward, K.** (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27(3): 281-286.
- Weber, H.** (1997). Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim: 7-16.
- Weinberger, S.** (1994). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe*. Beltz Verlag, Weinheim.
- Weis, J.** (1990). Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und die Problematik der Bedarfsplanung. In: Koch, U. & Potreck-Rose, F. (Hrsg.). *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer Verlag, Berlin: 113-123.
- Weis, J., Koch, U. & Matthey, K.** (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland - Ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(9/10): 417-425.
- Weisser, J.** (2005). Bedürfnis und Bedarf: radikale Dekategorisierung. Die politische Arena der Sonderpädagogik. *Sonderpädagogische Förderung*, 50(2): 187-207.
- Wentura, D., Greve, W. & Klauer, T.** (2002). Theorien der Bewältigung. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie. Bd. 3: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. Verlag Hans Huber, Bern: 101-125.

- WHO, Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation** (1978). Bedarf, Nachfrage und ihre empirische Erforschung. In: Brüggemann, I., Schwefel, D. & Zöllner, H. (Hrsg.). *Bedarf und Planung im Gesundheitswesen. Eine internationale Aufsatzsammlung*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: 73-74.
- Wittenberg, J.-V. P.** (1990). Psychiatric considerations in premature birth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(9): 734-740.
- Witzel, A.** (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Campus Verlag, Frankfurt a. M.
- Witzel, A.** (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl, R. & Böttger, A. (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden: 49 - 76.
- Witzel, A.** (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1). <http://www.qualitative-research.net/fqs> [letzter Zugriff: 2008-07-07].
- Wolff, S.** (2000). Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 334 - 349.
- Wolke, D.** (2005). Der Bindungsaufbau bei sehr Frühgeborenen. *Vortrag beim 4. Augsburger Nachsorgesymposium am 24./25.Juni 2005*. <http://www.betainstitut.de/download/symposium-wolke.pdf> [letzter Zugriff: 2008-07-07]
- Wolke, D. & Meyer, R.** (2000). Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie an neonatalen Risikokindern: Implikationen für Theorie und Praxis. In: Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Hogrefe Verlag, Göttingen: 113-138.

Anhang

- A 1 - Zustimmung der Ethikkommission
- A 2 - Liste der verwendeten allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien
- A 3 - Elterninformation
- A 4 - Einwilligungserklärung
- A 5 - Kurzfragebogen
- A 6 - Leitfäden für Interviews
- A 7 - Transkriptionsregeln
- A 8 - Auszug aus zwei Interviewprotokollen
- A 9 - Liste der Codes

A 1 Zustimmung der Ethikkommission

DGPs | Deutsche Gesellschaft
für Psychologie

Ethik-Kommission der DGPs - Institut für Psychologie - 79085 Freiburg

An
Frau Dörthe Machul
Abt. Rehabilitationspsychologie/Interventionsmethoden
Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-
Universität zu Berlin
Georgenstr. 36
10117 Berlin

Ethik-Kommission der DGPs
Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Abteilung Rehabilitationspsychologie
Institut für Psychologie
Universität Freiburg
D-79085 Freiburg

Telefon +49 (0) 761 - 203 2122
Telefax +49 (0) 761 - 203 3040

E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

27. Mai 2005


Stellungnahme der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zu dem Antrag „Psychosozialer Unterstützungsbedarf von Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen (Intensivtherapie-) Stationen“ von Dörthe Machul, Berlin

Beurteilungsgrundlage waren Angaben zur Checkliste, der Kurzfragebogen für die Eltern, ein Informationsschreiben für die Eltern sowie die Einverständniserklärung.

Die Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie hält die Durchführung der Studie in der beschriebenen Form für ethisch unbedenklich, die Antragstellerin sollte jedoch die folgenden Aspekte berücksichtigen und ihren Antrag bzw. die Materialien für die Studienteilnehmer entsprechend überarbeiten.

- Es fehlen Angaben zur Vernichtung der Daten.
- Bei der Rekrutierung der Mitarbeiter sollte auf die Freiwilligkeit der Teilnahme geachtet werden.
- Es bleibt unklar, wie die Eltern der Neugeborenen wieder kontaktiert werden können, um den Gesprächstermin und -ort zu vereinbaren, wenn sie den Fragebogen in der Klinik abgegeben haben.

Die Ethik-Kommission geht davon aus, dass die Anmerkungen berücksichtigt werden. Eine Wiedervorlage ist nicht erforderlich.


Für die Ethik-Kommission
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

A2 Liste der verwendeten allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien

Dipl.-Psych. Dörthe Machul
Abt. Rehabilitationspsychologie / Interventionsmethoden
Humboldt-Universität zu Berlin
Georgenstr. 36
10117 Berlin

Tel.: 2093-4264

Studie zum elterlichen Unterstützungsbedarf

Ein- und Ausschlusskriterien

- Eltern Mindestalter 18;0 Jahre
- sowohl Mütter als auch Väter möglich
- für die Interviewführung: gute bis ausreichende Deutschkenntnisse
- Kinder deutlich frühgeboren (bis SSW 32+0)
- möglichst nicht viele zusätzliche Komplikationen, die nicht unmittelbar mit der FG zusammenhängen
- nur Kinder mit klarer Überlebensprognose
- sowohl Einlings- als auch Mehrlingsgeburten
- sowohl Intensivstation (xx) als auch Neugeborenenstation (xx)
- stationärer Aufenthalt (gesamt, voraussichtlich) mindestens 4 Wochen.

Es soll ein möglichst breites Spektrum des Bedarfs erfasst werden.

Stand: 9.12.2005

A 3 Elterninformation

1

ABTEILUNG REHABILITATIONSPSYCHOLOGIE / INTERVENTIONSMETHODEN
INSTITUT FÜR REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN
HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
GEORGENSTRAßE 36
10117 BERLIN

ELTERNINFORMATION

"Unterstützungsbedarf von Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen (Intensivtherapie-) Stationen"

Liebe Mütter, liebe Väter,

Ihr Kind wird / Ihre Kinder werden nach der Geburt in der Klinik für [KLINIKNAME] betreut. Ärzte und Schwestern bemühen sich um die bestmögliche Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Kinder.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass während dieser Zeit nicht nur die Kinder, sondern meist auch deren Eltern Unterstützung verschiedener Art durch Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen der Klinik benötigen bzw. wünschen. Um das Angebot Ihrer und auch anderer Kliniken noch besser auf Ihre Bedürfnisse abstimmen zu können, ist ein genauerer Überblick über den elterlichen Unterstützungsbedarf nötig. Aus diesem Grund führt die Abteilung Rehabilitationspsychologie / Interventionsmethoden der Humboldt-Universität zu Berlin derzeit Gespräche mit Eltern zu früh geborener Kinder in mehreren Kliniken durch.

Hiermit möchten wir auch Sie bitten, an dieser Befragung teilzunehmen. Die folgenden Details sollen Sie über die Studie informieren und Ihnen helfen, eine Entscheidung über Ihre Teilnahme zu treffen. Der Nutzen Ihrer Teilnahme an dieser Untersuchung besteht in der Möglichkeit, Ihre Wünsche und Bedürfnisse in der aktuellen Situation zu beschreiben, so dass eine künftige Eltern-Begleitung noch besser am vorhandenen Bedarf orientiert werden kann.

Damit sich Ihre Gesprächspartnerin auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten kann, werden Sie gebeten, vorab einen Kurzfragebogen auszufüllen. Das Gespräch ist als einmaliges Einzelgespräch geplant und kann zu einem vereinbarten Zeitpunkt entweder in einem Raum der Klinik oder auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause geführt werden. Sie sollten für diesen Termin insgesamt ca. 1-1½ Stunden in möglichst ungestörter Atmosphäre einplanen. Das Gespräch wird mit Ihrem Einverständnis als Tondatei aufgezeichnet, um es im Anschluss verschriftlichen, auswerten und mit anderen Gesprächen vergleichen zu können. Nach Abschluss der Studie werden alle Daten vernichtet, sofern sie nicht in anonymer Form Bestandteil einer Publikation sind. Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen können Sie nur dann einen Gesprächstermin wahrnehmen, wenn Sie auch bezüglich Ihrer Kinder auskunftsberechtigt sind. Da ausschließlich die Ihre Kinder behandelnden Ärzte zum Umgang mit Ihren Daten befugt sind, werden alle persönlichen Angaben bereits in der Klinik entsprechend den Datenschutzbestimmungen pseudonymisiert. Die Angaben, die Sie im Gespräch machen, beeinflussen nicht die weitere Behandlung, weil sie an die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen der Klinik nicht zeitnah und nicht personenbezogen weitergegeben werden. Alle erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich für den genannten Forschungszweck verwendet.

Ihre Teilnahme an der Befragung erfolgt selbstverständlich freiwillig. Eine Nichtteilnahme hat keinerlei negative Folgen für die weitere Behandlung. Sie haben das Recht, zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen über eine weitere Teilnahme an unserer Studie zu entscheiden bzw. über Ihren betreuenden Arzt die Löschung Ihrer Daten zu verlangen.

Wenn Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung auf der Rückseite. Diese wird im Anschluss, wiederum aus Datenschutzgründen getrennt von den Gesprächsprotokollen, in der Klinik aufbewahrt. Ohne Ihre schriftliche Zustimmung kann kein Gesprächstermin vereinbart werden.

Falls Sie irgendetwas bezüglich der Studie oder Ihrer Rechte nicht verstanden haben, fragen Sie bitte den Ihr Kind / Ihre Kinder behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.

Für weitere Informationen steht Ihnen Frau **Dipl. Psych. D. Machul**, Tel.: 030 / 2093 - 4264 zur Verfügung;

Abt. Rehabilitationspsychologie / Interventionsmethoden, Institut für Rehabilitationswissenschaften,
Humboldt Universität zu Berlin, Georgenstr. 36, 10117 Berlin.

Sollten Sie sich für eine Teilnahme an dieser Studie entscheiden, möchten wir Ihnen schon jetzt herzlich für Ihre Unterstützung danken.

Berlin,2005

Datum

Unterschrift Klinikleiter
[NAME]

Unterschrift Studienleiterin
Dipl. Psych. D. Machul

A 4 Einwilligungserklärung

2

ABTEILUNG REHABILITATIONSPSYCHOLOGIE / INTERVENTIONSMETHODEN
 INSTITUT FÜR REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN
 HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
 GEORGENSTRASSE 36
 10117 BERLIN

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

"Unterstützungsbedarf von Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen (Intensivtherapie-)Stationen"

Hiermit erkläre ich,

Pseudonym:

Vorname

Name

Adresse

Geburtsdatum des/der Befragten

Patienten-Nr. des Kindes / der Kinder

dass ich durch

Name, Adresse d. informierenden Arztes / Ärztin / Schwester

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der Studie "Psychosozialer Unterstützungsbedarf von Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen (Intensivtherapie-)Stationen", die von der

Abteilung Rehabilitationspsychologie / Interventionsmethoden, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

durchgeführt wird, informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin / Schwester zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorliegende Elterninformation vom2005 verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich versichere, dass ich bezüglich meines Kindes / meiner Kinder auskunftsberechtigt bin.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der oben genannten Studie teilzunehmen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen kann.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige darin ein, dass die Abteilung Rehabilitationspsychologie/Interventionsmethoden des Instituts für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin mich betreffende Daten im Rahmen und zum Zweck des o.g. Forschungsvorhabens verarbeitet. Ich willige darin ein, dass meine im Rahmen der o.g. Studie erhobenen Daten als Tondatei aufgezeichnet, pseudonymisiert, pseudonym gespeichert und anonym veröffentlicht werden.

Berlin,2005

Datum

Unterschrift der Studienteilnehmerin / des -teilnehmers (Vorname, Nachname)

A 5 Kurzfragebogen

ABTEILUNG REHABILITATIONSPSYCHOLOGIE / INTERVENTIONSMETHODEN
 INSTITUT FÜR REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN
 HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
 GEORGENSTRASSE 36
 10117 BERLIN

Kurzfragebogen

Liebe Eltern,

der folgende Kurzfragebogen erfasst einige Angaben zur Sozialstatistik und dient zugleich zur Vorbereitung auf das geplante Gespräch. Ich bitte Sie, diesen Bogen vor dem Gespräch vollständig auszufüllen. Vielen Dank.

Pseudonym:

Ich bin ☐ Mutter ☐ Vater des Kindes / der Kinder.

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes / der Kinder: _____ Jahre.

Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes / der Kinder: _____ Jahre.

Die Entbindung fand in der _____. Schwangerschaftswoche statt.

Geburtsdatum des Kindes / der Kinder _____. 200__

Geburtsgewicht des Kindes / der Kinder: _____ g

Leben bereits Kinder in Ihrem Haushalt? ☐ Ja → Wenn ja: Alter der Kinder? _____ Jahre
☐ Nein

Ausbildung:

- ☐ ohne Abschluss ☐ Abschluss v. Lehre / Berufsausbildung ☐ Hochschulabschluss
☐ Schulabschluss ☐ Fachhochschulabschluss

Berufliche Tätigkeit (bitte nennen): _____

Familienstand:

- ☐ Ehe bzw. Lebensgemeinschaft
☐ alleinerziehend
☐ sonstiges (bitte nennen) _____

Monatliches Familieneinkommen (Netto, Durchschnitt):

- ☐ 0 - 1000 € ☐ 2001 - 3000 € ☐ 4001 - 5000 €
☐ 1001 - 2000 € ☐ 3001 - 4000 € ☐ über 5000 €

Was benötigen Sie zur Zeit vor allem? Welche Unterstützung ist wichtig für Sie (Stichpunkte)?

Datum: _____ 2005

Vielen Dank für Ihre Angaben. Ich freue mich auf das Gespräch mit Ihnen.

Frau Dipl.-Psych. Dörthe Machul

Bitte reichen Sie den ausgefüllten Bogen in dem beigelegten, mit Ihrem Pseudonym versehenen und verschlossenen Umschlag (und gemeinsam mit Ihrer Einwilligungserklärung) an den Arzt / die Ärztin bzw. die Schwester zurück, der / die Ihnen diese übergeben hat.

A 6.1 Leitfäden für Interviews (Eltern)

Interview Eltern Nr. ... (Mutter/Vater , Klinikname) Datum, Uhrzeit

Chiffre: "....."

Briefing / Vorinformationen (vor Beginn des Interviews):

- mich selbst vorstellen, nicht Klinikmitarbeiterin, Schweigepflicht
- Studie zum elterlichen Unterstützungsbedarf, Art / Umfang.
- offene Interviews, einige Nachfragen.
- evtl. anstrengend, evtl. Themen ausklammern.

Leitfaden Elterninterview

Wie haben Sie die Zeit des Klinikaufenthaltes erlebt?

Welche Unterstützung benötigen Sie zur Zeit am meisten?

Stichworte aus dem Fragebogen aufgreifen:

-
-

Welche Unterstützung war bisher besonders wichtig für Sie?

- Bedarf in Richtung professioneller Unterstützung?
- Bedarf in Richtung informeller Unterstützung (andere Eltern)?
(sonstige Personen / sonstige Unterstützungsformen?)

Begründungen für Bedarf?

Gründe für vorhandenen Bedarf / für nicht vorhandenen Bedarf?

Veränderungen des Bedarfs?

während des Klinikaufenthaltes (Zeitverlauf, Situation)?

Gibt es Unterschiede?

- eigener Bedarf im Vgl. zu anderen Eltern?
- zwischen Mutter und Vater? Achtung: falls alleinerziehend !!

A 6.2 Leitfäden für Interviews (Experten)

Interview Expert(in) Nr. ... (Name, Klinikname, Station) Datum, Uhrzeit

Briefing / Vorinformationen (vor Beginn des Interviews):

- Studie zum elterlichen Unterstützungsbedarf, Art / Umfang.
 - offene Interviews, einige Nachfragen.
-

- Berufsgruppe? Berufsjahre?

- Welche Erfahrungen in der Elternarbeit?

- Bedarf der Eltern?

- Art

- Information?
- Unterstützung / Anleitung?
- Vermittlung? usw.

- Umfang

- häufiger konkretisieren!
- mittel
- selten

- Kriterien für Bedarfszuschreibung? "Woran erkennen Sie ...?"
(evtl. Aktivität / Passivität?)

Unterschiede im Bedarf?

- Abhängigkeit von Faktoren?

- Zeit(punkt)
- Ereignisse
- Charakteristik der Eltern
- Charakteristik des Kindes

- Verhältnis selbstdefinierter / fremddefinierter Bedarf?

Diskrepanzen? > oder < ?
Umgang?

A 7 Transkriptionsregeln

- Bitte vollständig und wörtlich transkribieren, auch unvollständige Sätze und Worte.
- Gesprochene Worte stets in "Anführungsstriche" setzen.
- Unklarheiten nach Gehör schreiben und *kursiv* setzen, wenn unverständlich: angeben (in Klammern: undeutlich).
- Betonungen unterstreichen (auch silbenweise).
- Experteninterviews (E): Der Inhalt steht stärker im Vordergrund (daher können evtl. "äh" und ähnliches weggelassen werden).
- Elterninterviews (M,V): Hier bitte auch Betonungen, Lautstärke, Unterbrechungen, Pausenlängen (...), "äh" u. ähnliches mit aufnehmen.
- Bei Pausen: Punkte (...), Länge der Pausen durch Anzahl der Punkte kenntlich machen.
- Auch andere Auffälligkeiten (räuspert sich, lacht...) in Klammern angeben.
- Alle "Hm-m" (Zustimmungen u.ä.) mit aufnehmen.
- Interviewer: mit Symbol "I" (für Interviewer) angeben.
- Experte "E", Mutter: "M", Vater "V".
- Für jedes Einsetzen eines Sprechers mit neuer Zeile beginnen.
- formale Aspekte: Arial 12, Absatz vor und nach je 2 pt.
- linker und rechter Rand jeweils 2,5 cm.
- Zum Abschluss Zeilennummern einfügen.

Eine Beispiel-Transkription kann bei Frau D. Machul eingesehen werden.

A 8.1 Auszug aus einem Interviewprotokoll (Exp 7)

Exp 7: "Also am Anfang ist es für mich so, da hat man, also man hat den Erstkontakt mit dem Vater, da ist es irgendwie wichtig, also ist mir jetzt mal aufgefallen, dass man jetzt bei anderen Kollegen als stiller Beobachter dabei ist, dass man einfach auch das ganz normal handhabt, wie man's immer macht, dass wenn gerade windelt, dass man beglückwünscht, dass man einfach auch den Fokus darauf setzt, dass das ja doch ein schönes Ereignis einfach ist. (5:52) Obwohl es jetzt ganz plötzlich kam und vielleicht auch 'ne Komplikation und Stress und ja - das ist. Und dann, wenn die Eltern, oder der Vater oder die Mutter das erste Mal zu Besuch kommen, ist es auch eher so, dass ich ähm .. sie versuche, behutsam an's Kind ranzuführen, dass sie erst mal gucken können, und ähm einfach ganz allgemein ihnen erzähle, eben wie ähm, also wie schwer das Kind ist, das ist immer wichtig für die Eltern, wick-meistens fragen sie nach der Länge, was eigentlich für uns wiederum nicht so wichtig ist (6:32)."

I: "Hm-m, Hm-m, das ist interessant, ne(?), weil ich .. so denke, was .. brauchen Eltern und was glauben Professionelle (Exp 7: "Hm-m"), dass Eltern brauchen; dieser Blick, deswegen frage ich auch verschiedene Leute, dieser Blick kann ja durchaus auch mal .. verschieden sein (Exp 7: Hm-m.), ne(?), also wenn Sie sagen... Fortsetzung, bestätigende Bemerkung (bis 06:47)"

Exp 7: "Und dann einfach eben so 'ne ganz allgemein äh halt, dass es eben stabil ist oder dass wir uns noch ähm ... vielleicht ein bisschen Sorgen machen oder nicht wissen, in welche Richtung es geht. Schwierig ist es immer, also für mich ist es immer schwierig, aber ich denke auch für alle, dass einfach bei ganz kleinen Frühgeborenen, also jetzt unter tausend Gramm Geburtsgewicht (07:09), weiß man nicht, wie die ersten drei Tage, also wie instabil die ersten drei Tage sind. Also eigentlich kann man ganz einfach auch sagen, dass man, wenn man 72 Stunden, wenn eine gewisse Stabilität erreicht ist, dann kann man erst mal eine gewisse Entwarnung geben und sagen, okay, dieses Kind ist jetzt stabil, man kann zwar nicht sagen, welche Komplikationen im Laufe noch auftreten werden, aber das ist erst mal, so ein bisschen ist jetzt Ruhe eingeleitet. Einfach in diesen ersten drei Tagen kann sich alles sehr schnell ändern, und für mich ist es auch dann so, dass ich das den Eltern das auch nicht verheimlichen will. (I:"Hm-m.") Und ganz schwierig ist es auch, dass, für mich ganz speziell finde ich es sehr schwierig, dass ich oft schon Situationen hatte, so Erstgespräch, auch gerade mit den Vätern, wo die Kinder wirklich äh, wo es denen gut ging, und wo die auch stabil waren, und ich das auch versucht habe, denen so zu vermitteln, und äh dass die sich keine Sorgen machen brauchen, und diese Kinder sich wirklich dann verschlechtern haben. Nach zwölf Stunden einfach krank waren, und ähm .. Also ich hab jetzt nicht mein Verhalten geändert, aber ich habe das immer wieder im Kopf, wenn ich mit den Vätern versuche zu sagen, es ist alles in Ordnung, dass das beim letzten Mal irgendwie dann nach hinten losgegangen ist. Weil es einfach ganz anders gelaufen ist, als ich's vermutet habe. Dass ich dann aber das Gefühl habe, dass ich ihnen was Falsches gesagt habe. Ich weiß ja auch, dass ich's nicht bewusst gemacht habe, aber das ist schon ein kleiner unlösbarer Konflikt so. Also wenn man's immer im Kopf hat, man kann's irgendwie nicht so ändern." (8:55)

I: "Hat das irgendetwas damit zu tun, was die Eltern sich wünschen?... Also, weil ich so denke, ich habe ja versucht, so einzugrenzen, und gesagt: 'Versuchen Sie einfach zu beschreiben, was Sie so machen, um die Eltern zu unterstützen'... konkretisierende Nachfrage (bis 09:26)"

Exp 7: "Nee, für mich ist es eher so, wenn ich so 'ne Situation habe, wo ich das mache, dann bin ich auch selber oder wünsch' ich es mir auch selber. Und habe irgendwie ähm die Vermutung für mich, natürlich kommt da immer noch die Erfahrung hinzu, dass es eben anders sein kann, aber ich habe denn noch, also grundsätzlich die Vermutung, dass das es dem Kind gut geht, und dass es ihm die nächsten Tage gut geht. Und dieser kleine . na . negative Gedanke irgendwie, den ich einfach habe, eben aus Erfahrung, den lass' ich dann beiseite. Also ist es eher nicht, dass ich das den Eltern, oder dass ich denk, die Eltern wollen, sicherlich wollen die Eltern das hören, aber ich mach's jetzt nicht, weil es die Eltern hören wollen. Den Eltern geht's - Also ich geh davon aus, dass es den Eltern natürlich besser geht, wenn man ihnen sagt, dass es dem Kind gut geht, weil dann ist erst mal ein bisschen, dann kehrt so Ruhe (betont!) ein, irgendwie so. Meistens ist ja doch Stress, und dann die Frau im OP, und man weiß nicht, dann ist sie manchmal ja noch nicht wach, wenn die Väter hier rüber kommen und alles ist irgendwie, ist 'ne belastende Situation, und wenn man dann natürlich ihnen noch sagen muss, und das kommt ja auch vor, dass es dem Kind nicht gut geht, dann ist das natürlich nicht so förderlich, denk ich, also für ... ist es nicht schön (10:44). Also für uns nicht und für die Eltern nicht ... (längere Pause)."

A 8.2 Auszug aus einem Interviewprotokoll (M 8)

M 8: "So, und ja, unterstützung-mäßig, dass die manchmal ein bisschen besser, auch Schwestern, ein bisschen mehr auf uns eingehen würden. Weil, manchmal sind die schon sehr hart und spielen auch alles so ein bisschen runter, wenn wir hier mal ein bisschen verrückt werden, gerade, wenn die Monitore mal klingeln und so (03:38), wird's runtergespielt als Fehllalarm. Aber wir sind eigentlich Laien und können das im ersten Moment ja nicht gleich so einschätzen. Und da sind die manchmal nicht gerade so sensibel. Wo man dann manchmal ja auch manchmal ziemlich Kopfschmerzen hat und sich doch auch aufregt und so, wie unsensibel hier manche Leute doch so sind. Und da kommt man denn auch nicht so zur Ruhe. Das ist so, weil, das wäre dann schon für mich auch wichtig, dass man wirklich hier auch mal zur Ruhe kommt, und einer was vernünftig erklärt, wo die Monitore doch oft wechseln, jetze. Also, gibt verschiedene, wir waren ja erst auf der Intensiv-, und dann hier runter, und mittlerweile ist das schon der dritte Monitor, den wir haben (04:20). Naja, die ersten auf der Intensiv-, die haben alles angezeigt, die haben EKG angezeigt, Sauerstoffsättigung, Atmung, alles. Und da war eigentlich vom Fehllalarm noch gar keine Rede. So. Da hat eigentlich immer alles gepasst. Und hier unten wurden die Monitore dann halt kleiner, aber haben dann im Endeffekt auch das selbe angezeigt, aber haben viel Fehllarme gemacht. Was wir natürlich im ersten Moment nicht einschätzen konnten. Die Schwestern kamen halt immer rein: 'Ach ja, war was?'. Diese Worte sind fürchterlich. Wenn's klingelt, und die Schwestern kommen rein, und alles ist wieder okay, dann ... genau, es klingelt weiter, es klin-

gelt auch auf'm Flur, aber mittlerweile hat sich das Kind dann auch schon wieder erholt, dann ist es wieder ruhig. Die machen dann bloß noch den Klingelton aus. Und dann ist es gut. Dann kommt halt bloß so ein Spruch: 'Na, war denn was?'. Furchtbar. (I: "So ungefähr, als ob das nicht nötig gewesen wär.") Genau, Genau. Und den, den wir jetzt haben, den kleinen Monitor, der zeigt so gar nichts mehr an, da blinkt bloß 'ne Lampe für die Atmung, und der macht auch viel Fehlalarme. Wo mir dann aber auch niemand erklären kann, warum, wieso, weshalb. Und das nervt tierisch! (05:40) Das ist wirklich ..."

M 8: "Kann man nicht immer so definieren, ob da jetzt wirklich was war, oder ob's wirklich ein Fehlalarm war, und das sind Sachen, die richtig nerven, wo dann keiner mal kommt und richtig erklärt, wie funktioniert der Monitor eigentlich. Wie kann das zustande kommen, das ist dann wirklich so... belastend. Richtig belastend." (06:05)

I: "Dann weiß man eigentlich nicht wirklich so..."

M 8: "Was man davon halten soll, ja. Und das ist auch so 'ne Informationssache, denk ich. Da müsste, denke ich, auch noch einiges getan werden, dass so was vielleicht ein bisschen verhindert wird. (06:40) Weil dadurch machen wir uns wirklich noch mehr verrückt. Und jetzt ist es wirklich schwierig, nach Hause zu gehen, ohne alles.... Ja, aber so werde ich wahrscheinlich zu Hause den ganzen Tag mit dem Kopf im Bett hängen und gucken, ob mein Kind noch atmet. (I: "Selber der Monitor sein, sozusagen.") Richtig. Und das ist jetzt so, das Problem, die richtig krasse Umstellung. Wo man jetzt auch nicht wirklich drauf vorbereitet wird. Also, die sagen dann, ja, ab nach Hause, dann werden die Monitore abgemacht, und dann hat sich das für die hier erledigt. (7:15) Aber dass das für uns nach drei Monaten, ja, über drei Monate, ... und da sich dann einfach vom Monitor zu trennen, oder überhaupt von so 'nem Gepiepe, ist richtig schwierig jetzt, also damit habe ich jetzt wirklich ein richtiges Problem. Und da wäre vielleicht auch schön, wenn man da irgendwie ein bisschen drauf vorbereitet wird. (07:38) Wenn man halt hier schon ein paar Tage gelegen hätte ohne alles, dass man sieht: 'Ah, es funktioniert.' Da, hat's am Bett, das blaue Kabel, da ist ein Monitor dran, was sie da hat. Das piept, da ist so ein kleiner Monitor dran an dem Kabel, und das piept dann."

I: "Und dann geht man nach Hause und dann..."

M 8: "Und dann hat man den Salat. Und da fehlt irgendwo die Vorbereitung." (08:19)

M 8: "Also ich finde es jetzt nicht, dass das jetzt irgendwo 'ne Entlassungsvorbereitung hier war. Ich hab' jetzt zwar hier das Rooming, und hab zwar jetzt hier über zwei Wochen gewohnt, sozusagen, aber ich würde es jetzt nicht als Vorbereitung für zu Hause sehen, weil, das geht gar nicht. Weil, hier hat man halt immer die Schwestern und Ärzte um sich rum, und den Monitor halt, und das hat man zu Hause einfach nicht, und da ist irgendwie nichts mit Vorbereitung, finde ich. Das ist, wie, ja, in's kalte Wasser geschmissen, so fühlt man sich dann in dem Moment. Ich denke mal, das gibt sich zu Hause, sicher, wenn man merkt, das funktioniert, und alles ist schön, dann wird sich das geben, aber erst mal ist das hart." (9:28)

A 9 Liste der Codes

Codesystem

1	2	3	4	5	6
Verhalten & Erleben (Ist)					
	Informationen sammeln				
	Reden				
	Vergleichen				
		Vorteil/Nachteil			
	Strategien nutzen				
	sich (nicht) vorbereiten				
	reflektieren/sich orientieren				
	Unruhe				
	Besuch (Verhalten)				
	Erledigungen				
	Nachfrage/Wünsche äußern				
		angebotsinduziert			
		Zeitverlauf			
	Aktivität/Passivität				
	Kompetenzen/Können				
		Info-Verarbeitung			
		Kindbezogen			
		Leistungsdruck/Anspruch			
		Hilfe annehmen			
	Selbstwahrnehmung				
		Belastung, Zeitmangel			
		Kompetenzen/Wissen			
		Elternrolle			
		Getrennt/allein			
		Selbstunsicherheit			
		Körper			
	Misserfolg/Enttäuschung				
	(Un-)Zufriedenheit/Freude/Genießen				
	(Nicht)Wissen/ Erfahrung				

	Situationswahrnehmung				
		Wahrn. des Kindes			
		Fremdheit/ Vertrautheit			
		Station/ Personalverhalten			
		Schock, Krise, Trauma			
		(Un-)Kontrollierbarkeit			
	Orientierg./Angst/Befürcht./ Unsich.				
		Misstrauen/Vertrauen			
		Kontrollierbarkeit			
		Hoffnungslosigkeit/Resi- gnation			
	Wünsche				
		Zeit, Ruhe			
		Motivation/ Zuspruch			
		wohl fühlen, Vertrauen			
		Gespräche			
		Information/ Vorb./ Erklä- rungen			
		Diagnostik Kind			
		Sicherheit/ Erleichterung/ Beruhigung			
		Elternrolle			
		Normalität			
		Kind-Zustand			
		Hoffnung			
		Anträge			
		Station/ Personalverhalten			
		Verbindlichkeit/ Kontinuität			
		Erreichbarkeit			
		Anleitung			
		Kindkontakt & Besuch & Unterkunft			
		andere Eltern & Kinder			
		Familie			
		Ruhe (eher akust)			
		Räumlichkeiten			

		Verlegung			
		Entlassung			
	Belastung				
		vor Entbindung			
		vor Entlassung			
			Flucht		
			Schuld		
		nach Entlassung			
	Erleben-Bedürfnisse-Zeit- verlauf				
		sich gewöhnen			
U-Bedarf (UB)					
	Feststellg./diagnost. Kriteri- en				
	Differenzen				
		f.B.> s.B.			
		s.B.> f.B.			
	Abhängigkeit				
		Person			
			Bedürfnisse		
			Vorinfos/ Vor- bereitung Eltern		
			Gesundheit/ Be- lastung Eltern		
			Alter Eltern		
			Geschlecht El- tern		
			Finanzen Eltern		
			Beruf/ Bildung/ alleinerz.Eltern		
			Familie, Ge- schwister		
			Kultur/ Sprache Eltern		
			Kind		
		Situation			
			Krisensituation		
		Zeitverlauf (generell)			

			Entlassungs- vorb.		
		Angebot			
U-Form (UF)					
	Einstellungen Personal				
		Akzeptanz			
	Personalanforderungen u. Zuständigkeit				
		Seelsorge			
		Sozialarb/ Elternbetreuerin			
		Arzt			
		Schwester			
		Psychologin			
	UF-Art				
		Anträge			
		Kontaktieren der Eltern			
			K-Art&Weise		
				Angebots- charakter	
				Aktivität/ Passivi- tät	
				Bekleidung	
				Kontinuität	
			K-Intensität		
			K-Zeitverlauf		
				Zeit geben & an- kommen lassen	
				K-Aufbau	
				K-Halten	
				K-Abbau	
		Information sammeln			
			Dokumente le- sen		
			Beobachten		
			Sprechen & Fragen		
			Beurteilen		
		Kommunikation-Team			

		Information Art & Weise	geben,		
			Zeitaspekt		
				Erstinfos	
				Letzte Infos	
			Art der Infover- mittlung		
				visuell/Bilder	
				mündlich/erklären	
				schriftlich	
				zeigen/demon- strieren	
			Inhalte der In- formation		
				allgemeine Info	
					Normalität
				Stationsbezogen	
				Elternbezogen	
				Kindbezogen	
				Eltern-Kind- Kontakt	
					Stillen
					Relevanz
				medizin. Infos	
				nachstationär	
		Gesprächsangebot			
		Eltern-Eltern-Kontakt			
		E-K-Kontakt-anbahnen			
		zeigen, anleiten			
		Trainieren, üben lassen			
		Integrieren			
			in Pflegehandlun- gen		
		Einbeziehen-d-Familie			
			Einbeziehen der Väter		
		vermitteln Eltern-Team			
			klinikintern		

			klinikextern, Nachsorge		
	UF-kindbezogen				
	UF-räumliche Aspekte				
	UF-Zeit/ Ruhe				
Ziele (Soll)					
	klinikbezogene Ziele				
	Diagnostik				
	Wahrnehmung-Situation				
		Kontrollierbarkeit			
		Tagesstruktur, Plan			
	Wahrnehmung-Kind- kennenlernen				
	Wahrnehmung-Selbst				
		nicht allein sein			
		Elternrolle			
	Erleichterung&Entlastung, Ruhe				
	Angstreduktion/Orientierung				
	Reduz. Befürcht/ Sorgen				
	Geborgenheit/ Vertrauen/ Genuss				
	Reflektieren				
	Wissen				
	Hilflosigkeit-reduz				
	Sicherheit geben-generell				
		situationsbezogen			
		kompetenzbezogen			
	Erfolgserlebnis				
	Motivation				
	Können/ Befähigung				
		Info-Aufnahme			
		Zusammenarbeit			
		Können-subjektiv			
		Selbständigkeit			
		Verantw. übernehmen			
		Beurteilen Kind Zustand			

		Kind fördern			
	E-K-Kontakt/ Bindung				
	kindliche Entwicklung				
	Prävention				
		Vorbereiten			
		Missverständnisse			
	Hoffnung/Perspektive/ Zukunft				
	Ressourcen aktivieren				
	Netzwerk aktivieren				
	Ziel-Theorien				
	Rückmeldungen & Effektivität				